



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

**Saúde Mental em Contexto Prisional: Gestão da
Agressividade Impulsiva**

Ana Margarida Brito da Silva



**Lisboa
2021**



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

**Saúde Mental em Contexto Prisional: Gestão da
Agressividade Impulsiva**

Ana Margarida Brito da Silva



Docente Orientador: Prof. Dr. Joaquim Manuel de Oliveira Lopes



**Lisboa
2021**

*“When we learn how to become resilient, we learn how to embrace the beautiful
broad spectrum of the human experience.”*

Jaeda DeWalt

Agradecimentos

Chega a seu término esta longa caminhada de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional e resiliência. Uma caminhada por vezes atribulada, mas que graças ao apoio de quem me rodeou, foi possível chegar ao fim e respirar de alívio.

Professor Joaquim Lopes, agradeço toda a partilha do seu saber, toda a sua frontalidade e assertividade, disponibilidade, mas acima de tudo, obrigada por todo o seu apoio e amparo. Do fundo do coração.

Aos meus enfermeiros orientadores, David e Paula, agradeço pela forma como cada um me recebeu e orientou, pelo enorme leque de conhecimento que me transmitiram, por toda a sua atenção, pela confiança, por terem acreditado no meu potencial. Pela amizade. Muito, mas muito grata.

Aos meus colegas, antigos e recentes, agradeço pelos conselhos, por todo o incentivo para continuar a jornada e por todo o apoio.

Aos meus amigos, agradeço por compreenderem a ausência e manterem-se presentes.

Ao meu Lucky, pela sua companhia nos longos dias em frente ao computador e pelas “marradinhas” de carinho para me animar.

E agora à minha família, primeiro um pedido de desculpa por ultimamente ser apenas “um corpo presente” e pelos períodos de irritabilidade... Mas um eterno obrigado pela compreensão, pela mão no ombro, pela paciência, pelas peripécias para me fazer rir. Sem vocês não teria sido possível. Únicos.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – Associação Americana de Psiquiatria

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estabelecimento Prisional

HEADSS – **H**ome, **E**ducation/**E**mployment, **A**ctivities, **D**rugs, **S**exuality,
Suicide/Depression

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MBCT – Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PD – Perturbação Depressiva

PDM – Perturbação Depressiva Major

PP – Perturbações da Personalidade

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SNS – Sistema Nervoso Simpático

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Resumo

O presente relatório descreve o desenvolvimento do projeto de estágio no âmbito da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), refletindo o percurso até à aquisição e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O meio prisional, primeiro contexto de estágio, pela sua natureza de privação de liberdade e sendo associado a perturbações do foro psiquiátrico, pode desencadear comportamentos mais impulsivos e agressivos, que podem conduzir a consequências negativas para o agredido e agressor.

Considerando que ocorrem frequentemente, tendo em conta a sua complexidade e magnitude num contexto tão restrito e com pouca visibilidade na área de enfermagem, é necessário que os enfermeiros deste meio implementem estratégias contínuas de prevenção e gestão deste tipo de comportamentos.

As intervenções desenvolvidas foram de base psicoeducativa, auxiliando os reclusos nas estratégias para lidarem com situações potenciadores de agressividade impulsiva, e intervenções de relaxamento superficial, dando a possibilidade aos reclusos de conseguirem libertar alguma tensão em momentos de maior ansiedade/*stress*.

O segundo contexto de estágio, no âmbito da comunidade, teve como objetivo o desenvolvimento de competências ao nível das intervenções de enfermagem de âmbito técnico, relacional e comunicacional com a população adolescente.

Neste contexto, foi trabalhada a faixa etária da adolescência, tendo sido desenvolvida a entrevista motivacional, a técnica HEADSS (**H**ome, **E**ducation/**E**mployment, **A**ctivities, **D**rugs, **S**exuality, **S**uicide/**D**epression) e a técnica *mindfulness* com clientes adolescentes com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.

Em suma, ambos os estágios foram extremamente importantes para o desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro EESMP.

Conceitos-chave: agressividade impulsiva; contexto prisional; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; gestão de comportamentos agressivos.

Abstract

This report reports the development of the internship project in the scope of specialization in Mental and Psychiatric Health Nursing, reflecting the path to the acquisition and consolidation of the competencies of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health Nursing.

The prison environment, first stage context, due to its nature of deprivation of liberty and being associated with disorders of the psychiatric forum, can trigger more impulsive and aggressive behaviors, which can lead to negative consequences for the assaulted and aggressor.

Considering that they occur frequently, taking into account their complexity and magnitude in such a restricted context and with little visibility in the nursing area, it is necessary that nurses in this environment implement continuous strategies for prevention and management of this type of behavior.

The interventions developed were psychoeducational, assisting prisoners in strategies to deal with situations that enhance impulsive aggressiveness, and interventions of superficial relaxation, giving the possibility of prisoners to be able to release some tension in times of greater anxiety /*stress*.

The second context of internship, within the community, aimed at the development of competencies at the level of nursing interventions of technical, relational and communication with the adolescent population.

In this context, the age group of adolescence was worked, and motivational interviewing, HEADSS technique and *mindfulness* technique were developed with adolescent clients with the nursing diagnosis "anxiety".

In short, both stages were extremely important for the development of master and mental and psychiatric health nursing skills.

Key-words: impulsive aggressiveness; prison context; mental and psychiatric health nursing; management of aggressive behaviors.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
Parte 1 – A Agressividade Impulsiva em Contexto Prisional	16
1. Problemática	16
2. Enquadramento Teórico.....	18
2.1 Impulsividade, Agressividade e Patologia Psiquiátrica	18
2.1.1 Impulsividade e Agressividade	18
2.1.2 Impulsividade e Patologia Psiquiátrica	19
2.1.3 Agressividade e Patologia Psiquiátrica.....	20
2.2 Psicopatologia em Contexto Prisional.....	22
2.3 Primeiro Contexto de Estágio – Estabelecimento Prisional	23
2.3.1 Características do Contexto de Estágio	23
2.3.2 A Expressão da Agressividade Impulsiva no Contexto de Estágio	26
2.4 Intervenção Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	31
2.5 Limitações e Ajustamentos do Estágio	37
Parte 2 – Desenvolvimento de Competências de EESMP	40
3. O Segundo Contexto de Estágio – Unidade de Cuidados na Comunidade.....	40
3.1 Características do Contexto de Estágio	40
3.2 População Atendida e as suas Necessidades	41
4. Intervenções Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	46
4.1 <i>Mindfulness</i> e Intervenção Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	53
5. Aquisição e Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	56
6. Aquisição e Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	75
Apêndice I – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I) – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional.....	76
Apêndice II – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I) – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional.....	79

Apêndice III – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte II) – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional.....	82
Apêndice IV – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte II) – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional.....	86
Apêndice V – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva – Tensão e Relaxamento.....	91
Apêndice VI – Intervenção: Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Tensão e Relaxamento	95
Apêndice VII – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Controlo da Respiração	98
Apêndice VIII – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Controlo da Respiração	101
Apêndice IX – Formação em Serviço no Contexto Prisional – Como Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual	104
ANEXOS	120
Anexo I – Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento.....	121
Anexo II – Guião da Atividade: Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I).....	124
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional.....	124
Anexo III – Guião da Entrevista HEADSS.....	126
Anexo V – Bem-estar, <i>mindfulness</i> e adolescência	135
Anexo VI – Guião da Sessão “Ter em Mente o Corpo – <i>Body Scan</i> ”.....	139
Anexo VII – Plano da Sessão “Ter em Mente o Corpo – <i>Body Scan</i> ”	145
Anexo VIII – Modelo Transteórico da Mudança	148

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da População Masculina.....	27
Tabela 2 – Caracterização da População Feminina.....	28
Tabela 3 – Ocorrências Agressividade Impulsiva Relatada/Descrita.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipo de Criminalidade praticada pela População Geral Reclusa do Serviço.....	28
Gráfico 2 – Incidência de Déficit Cognitivo no Sexo Masculino.....	29
Gráfico 3 – Incidência de Déficit Cognitivo no Sexo Feminino.....	29
Gráfico 4 – Correlação entre o Crime de Violência Doméstica e Déficit Cognitivo....	29

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sempre foi a minha área de interesse e deslumbre, encontrando-me na prestação de cuidados nesta área de especialidade há alguns anos. Esta experiência profissional tem-me permitido reconhecer a importância da relação humana, a riqueza que esta relação transmite a cada interveniente, o reconhecer o outro como um todo. No entanto, foi sentida a necessidade de investir em formação, em adquirir, ampliar e aprofundar conhecimentos para uma melhor aplicabilidade das intervenções planeadas e realizadas, experienciar novos contextos, desenvolver (novas) capacidades e competências, consolidando numa prática clínica de excelência, dando continuidade ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Este curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), para além de todo um leque de conhecimentos adquiridos pelo seu plano de estudos, pela partilha de experiências com os colegas, desenvolveu uma capacidade reflexiva de uma extrema importância, seja em contexto laboral – sobre os pressupostos que alicerçam as intervenções de enfermagem, da partilha com os pares; contexto pessoal ou contexto de estágio – sendo um elemento fulcral para a atuação como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Ao longo do estágio, foi sendo construído o presente relatório, que foi organizado e elaborado com o objetivo de descrever detalhadamente e analisar todo o percurso e trabalho desenvolvido, nomeadamente as intervenções implementadas nos locais de estágio, tendo como propósito o desenvolvimento das competências do EEESMP.

A temática surgiu do interesse em trabalhar com clientes com perturbação psiquiátrica que tenham cometido uma ofensa (grave) e que se encontrassem a aguardar ou a cumprir pena ou medidas de segurança em meio forense ou prisional, pelo que foi escolhido o contexto de estágio em meio prisional. Questionava-me como era realizado o acompanhamento destes clientes/reclusos, quais as necessidades mais sentidas neste meio tão específico, tão fechado, tão esquecido pela sociedade civil e de saúde. Algumas dúvidas, internas e externas, surgiram na sequência da realização de estágio neste contexto, no entanto, sempre considerei que seria de uma mais-valia para a aquisição das competências específicas do EEESMP e claro, para o desenvolvimento e implementação do projeto de estágio.

Após pesquisas bibliográficas e levantamento de necessidades sentidas neste contexto, a questão da impulsividade e agressividade, a sua percepção por parte dos reclusos e gestão por parte dos enfermeiros, era das que mais necessitava de intervenção. Esta temática é de extrema importância, podendo igualmente ser transversal a um outro serviço de internamento de psiquiatria.

A ocorrência de episódios pautados pela impulsividade e agressividade num contexto prisional é recorrente, o que leva à destabilização dos intervenientes, do grupo e do serviço, pelo que foi fulcral investigar e compreender a sua origem, como decorrem estes episódios, como são resolvidos, para que pudesse delinear e implementar intervenções de enfermagem com foco na gestão da agressividade impulsiva.

O meio prisional, faz parte da nossa sociedade, mesmo que para muitos seja encarada como uma realidade distante – as prisões reproduzem a patologia da sociedade. Uma realidade com frustração, impulsividade, agressividade, violência, tristeza, desesperança no futuro, rutura de laços sociais e familiares, consumo de estupefacientes, que culmina numa conjugação que fomenta o aparecimento de perturbações mentais (OPSS, 2014).

A agressividade encontra-se presente em inúmeros casos de pessoas com perturbação mental em ambientes correcionais (prisões, instituições) (Wolff, Morgan, & Shi, 2013), sendo de facto elevado o número de pessoas com perturbação mental em ambientes correcionais do que na comunidade (Pope *et. al*, 2013).

As intervenções de enfermagem planeadas e implementadas no contexto prisional, visaram identificar os agentes *stressores* que agem sobre os reclusos, fossem eles intrínsecos ou extrínsecos, para prevenção e gestão de comportamentos de agressividade impulsiva e potenciais consequências para os mesmos ou terceiros. Uma atuação precoce é promotora de efeitos benéficos na restituição do equilíbrio do cliente.

No contexto da comunidade foram desenvolvidas competências ao nível das intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional e socioterapêutico com crianças e adolescentes, totalmente repensadas e readaptadas à presença da pandemia. É um local onde os adolescentes aparecem sem marcação prévia, sendo que a maioria das vezes se deslocam ao local de saúde por necessidade de contraceptivos – havia dias em que não surgia um único adolescente. Igualmente devido à pandemia, não era possível a realização de atividades grupais.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência designa-se como um processo compreendido entre as idades dos 10 e dos 19 anos, que se encontra dividido nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos); na adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos); e de juventude, um período que vai dos 15 aos 24 anos. Neste processo, essencialmente biológico, desenvolve-se a cognição e a construção da personalidade.

O período de crescimento na adolescência é pautado pela existência de uma emergência impulsiva, por um conflito intrapsíquico, mas também é um período de uma enorme riqueza e potencial (Fonseca, 2012). A adolescência é considerada uma fase de conflituosidade intrapsíquica, por isso, é bastante importante e até exigível aos profissionais que lidam com adolescentes, possuir formação adequada para a sua compreensão.

Coimbra de Matos (2002), salienta que é essencial pessoal devidamente treinado, especializado e, acima de tudo, familiarizado com os problemas inerentes à adolescência em estruturas de suporte a esta faixa etária, referindo que existem cada vez mais jovens que atravessam uma crise de identificação, que é designada como o cerne do seu sofrimento psíquico, e que procuram de uma forma direta ou indiretamente, uma resposta, uma solução para o conflito que os está a corroer e/ou destruir; esta procura “impõe a necessidade de organização de estruturas psicossocioterapêuticas que possam responder adequadamente à solicitação que implícita ou explicitamente esses mesmos jovens dirigem à sociedade em que se inserem (...)” (p. 37).

Para compreender a agressividade impulsiva quer no contexto prisional, quer na adolescência, e como futura EEESMP, o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman foi o que fundamentou a minha atuação. Este modelo, pela sua visão holística da pessoa, é adaptável e transversal a qualquer contexto de enfermagem, seja na prática, ensino e investigação, assim como a qualquer faixa etária. Este modelo visa a pessoa inserida num sistema, seja este a sua família, a comunidade ou então uma instituição hospitalar, em que o seu processo de saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente, sendo afetado por diversos fatores *stressores*, que podem causar o seu desequilíbrio.

De acordo com Neuman, é a tríade de interação entre o sistema, cliente e o ambiente que define o domínio da enfermagem, em que se articulam as dimensões fisiológica, psicológica, do desenvolvimento, sociocultural e espiritual (Neuman &

Fawcett, 2011). Este modelo defende uma visão holística da pessoa, como um ser multidimensional, que se encontra em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo particularmente sensível a fatores de *stress* (Almeida, 2011). Esta interação está sobre uma persistente influência de “estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do cliente” (Tomey & Alligood, 2004, p.338), que podem ser *stressores* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que operam ao nível das linhas de defesa do sistema da pessoa, causando assim um desequilíbrio. Segundo Freese B. (2004 cit in Almeida, 2011), Neuman utilizou também a Teoria de *Stress* de Selye que refere o conceito de *stress* de Selye (1974) como uma resposta inespecífica do corpo a qualquer estímulo, sendo os *stressores* estímulos produtores de tensão que resultam num estado de *stress* (Tomey & Alligood, 2004). Este estímulo induz na pessoa uma necessidade de reajustamento e adaptação ao problema (Almeida, 2011). As necessidades que são expressas pelo cliente surgem de fontes de *stress* (sentimentos de ameaça, conflito, frustração ou de perda) às quais é necessário intervir.

O presente relatório incide na reflexão do trabalho desenvolvido e realizado aos longo dos estágios, tendo sido o primeiro o contexto de estágio num Estabelecimento Prisional, no período de 27 de Novembro de 2020 a 14 de Março de 2021 e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, no período de 16 de Março a 30 de Abril de 2021, onde a finalidade foi a aquisição e consolidação das competências específicas do EEESMP de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O relatório encontra-se dividido em duas partes: a primeira trata a intervenção em serviço, em contexto prisional, onde se integra o enquadramento conceptual, o quadro de referência de enfermagem que sustentam a análise, o contexto em si e as intervenções desenvolvidas. A segunda parte refere-se ao segundo contexto de estágio, na comunidade, e às intervenções aí desenvolvidas. Continua-se na análise do desenvolvimento das competências gerais e específicas do EEESMP. Por fim, são apresentadas as considerações finais, onde se incluem limitações e dificuldades na realização deste percurso, mas também reflexões e questões que surgiram ao longo do mesmo.

Parte 1 – A Agressividade Impulsiva em Contexto Prisional

1. Problemática

A correlação entre a agressividade e impulsividade tem sido descrita em vários estudos, sendo a agressividade impulsiva associada a uma resposta que tem origem numa elevada carga emocional, comprometendo o controlo dos impulsos e percepção da realidade (Brower & Price, 2000 cit in Ribeiro, 2013). Existe igualmente uma associação entre a agressividade impulsiva e sujeitos com impulsividade, raiva, instabilidade emocional e tendência para exercer agressão física.

O meio prisional, pela sua natureza de privação de liberdade e associado a perturbações psiquiátricas, pode espoletar comportamentos mais impulsivos e agressivos, levando a consequências negativas para o agredido e agressor.

De acordo com Haney (2012), algumas das consequências do contexto prisional, por parte dos reclusos, são a desconfiança em relação a tudo e a tendência para reagir de maneira impulsiva e exagerada e por vezes agressiva face a insignificantes ou ínfimas provocações.

Os conflitos interpessoais (entre reclusos e/ou com os técnicos) podem surgir por: diferenças individuais (devido a diferenças de idade, atitudes, crenças e os valores); limitações dos recursos (recursos insuficientes para todos e a partilha de maneira equilibrada nem sempre é passível de ser feita) e diferenciação de papéis.

O EEESMP, mobilizando as competências inerentes à sua *praxis*, avalia os comportamentos, emoções e sentimentos que se encontram presentes no cliente e identifica quando estes se traduzem como situações de raiva, hostilidade e violência (Chalifour 2008).

A previsão é a base da avaliação, mitigação e gestão da violência e agressividade. Com a população de risco de apresentar comportamentos agressivos em ambientes de internamento psiquiátrico, a deteção e intervenção precoces é crucial, uma vez que, quando a agressão escala, os enfermeiros ficam com intervenções mais coercivas como a sedação, contenção psicomotora e reclusão (isolamento) (Abderhalden *et al.*, 2004; Gaskin *et al.*, 2007; Griffith *et al.*, 2013; Rippon, 2000 cit in The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2015). A deteção precoce tem implicações para uma experiência mais terapêutica e segura para os clientes e enfermeiros (The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2015).

Desde há vários anos que cursos para gestão da agressividade têm sido sugeridos para apropriarem a equipa de saúde (nomeadamente enfermeiros) com recursos para lidarem com clientes agressivos em ambientes de saúde mental (Cahill 1991 cit in Needham, 2004). Esses cursos têm repercussões em várias variáveis, seja na redução do isolamento do cliente (Ramirez, Bruce *et al.* 1981; Morales & Duphom 1995 cit in Needham, 2004), confiança e segurança da equipa (Turnbull, Aitken *et al.*, 1990; McGowan, Wynaden *et al.* 1999 cit in Needham, 2004), conhecimento acerca de tópicos que dizem respeito à gestão da agressividade (Rice, Helzel *et al.* 1985; Calabro, Mackey *et al.*, 2002 cit in Needham, 2004), ou comportamentos dos enfermeiros face a agressões (Beech, 1999; Calabro, Mackey *et al.* 2002 cit in Needham, 2004).

2. Enquadramento Teórico

2.1 Impulsividade, Agressividade e Patologia Psiquiátrica

A impulsividade caracteriza-se por implicar uma ação espontânea, não pensada, instigada pela presença de impulsos, sendo a tendência para a realização de um ato sem pensar nas suas consequências (maioritariamente negativas), impacto e relevância (Mouchabac, 2009). Este autor refere que, de um ponto de vista cognitivo, sobretudo a capacidade (menor ou maior) de controlo do fluxo de informações do processo, pode originar pensamentos menos positivos, não controlados que irão perturbar o controlo da ação, levando a consequências negativas.

De um ponto de vista biopsicossocial, a impulsividade é descrita como uma característica/predisposição para reações rápidas e não planeadas a estímulos internos ou externos, sem avaliação das consequências negativas dessas reações, para a própria pessoa ou para os outros (Moeller, Barrat, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001 cit in Martin *et al.*, 2019).

A impulsividade deriva do comportamento e não de um ato isolado, sendo uma ação realizada antes do momento em que o indivíduo consiga, conscientemente, pesar as consequências do ato que irá cometer. A impulsividade acarreta inúmeras vezes riscos, no entanto, muitas vezes não são esses riscos o foco de interesse do indivíduo impulsivo, mas sim a busca da sensação/satisfação/prazer (Ribeiro, 2013).

2.1.1 Impulsividade e Agressividade

Uma pessoa pode ser impulsiva sem ser agressiva ou ser agressiva sem ser impulsiva.

Vários investigadores e clínicos têm presumido a existência de conexões entre a impulsividade e a agressividade e estudos realizados vieram, frequentemente, corroborar a relação entre os termos. Um estudo realizado por Houston and Stanford (2005 cit in Charfadi, 2017) revelou que, participantes com pontuações maiores nos traços impulsivos endossados apresentavam significativamente uma maior taxa de agressividade nas medidas de estado e traço. Alguns pesquisadores, acreditando na profunda ligação entre impulsividade e agressividade, definiriam agressividade em dois termos: impulsiva ou não impulsiva e agressividade premeditada (Barrett *et al.*, 1999 cit in Charfadi, 2017). Estes dois tipos de agressividade diferem ao nível do planeamento do ato.

A agressividade impulsiva é associada a respostas que surgem devido a uma elevada carga emocional, que comprometem o controlo dos impulsos e percepção da realidade, enquanto na agressividade premeditada ocorre controlo de impulsos, uma vez que a agressão tem uma finalidade fundamentalmente instrumental, visando o cumprimento de objetivos (Brower & Price, 2000 cit in Ribeiro, 2013).

Dos estudos realizados, os resultados enunciam que sujeitos com maior predominância de agressão premeditada, apresentam um funcionamento geral mais favorável do que os indivíduos com agressão impulsiva, pese embora, apresentam resultados mais elevados de traços psicopáticos – falta de empatia, insensibilidade e défice na regulação emocional – e manifestam resultados associados a “psicotícismo, neuroticismo, impulsividade, agressão verbal, agressão física, raiva e hostilidade” (Mathias *et al.*, 2007 cit in Ribeiro, 2013, p.13).

2.1.2 Impulsividade e Patologia Psiquiátrica

Diversos estudos têm demonstrado que a impulsividade é uma conceção complexa e multidimensional, sendo diretamente mencionada na DSM-5 como critério de diagnóstico de inúmeras perturbações psiquiátricas. Pode-se então afirmar que a impulsividade é proeminente em distúrbios psiquiátricos (APA, 2013).

Embora seja comum as pessoas apresentarem momentos de impulsividade, o traço impulsivo tem sido associado a diferentes comportamentos mal-adaptativos e perturbações psiquiátricas, sendo a impulsividade um componente básico das perturbações da personalidade (PP) do *cluster* B (Wolff, Morgan, & Shi, 2013; APA, 2013; Moeller *et al.*, 2001 cit in Charfadi, 2017), abuso de substâncias (Moeller *et al.*, 2001 cit in Charfadi, 2017) e perturbação afetiva bipolar (PAB) (Wolff, Morgan, & Shi, 2013; APA, 2013; Powers *et al.* 2013 cit in Charfadi, 2017).

Embora a depressão seja reconhecida como uma perturbação emocional interna e a impulsividade seja associada a características de perturbações externas, algumas pesquisas encontraram evidência em como a impulsividade também se relaciona com a depressão (Dutton & Karakanta, 2013 cit in Charfadi, 2017). Powers *et al.* (2013) descobriram que pessoas com sintomatologia depressiva severa apresentavam maiores resultados nos traços da impulsividade.

A ansiedade também apresenta uma relação com a impulsividade (Pawluk & Koerner, 2013 cit in Charfadi, 2017).

2.1.3 Agressividade e Patologia Psiquiátrica

De acordo com a DGS (2016, p. 25) “a agressividade, característica inerente e vital à espécie, radica filogeneticamente na própria sobrevivência. Do ponto de vista ontogenético, ela determina o processo de separação/individuação, de afirmação pessoal e de construção da identidade”. Townsend (2011) refere que, apesar de serem manifestações do foro psicopatológico, as alterações do comportamento podem-se encontrar arroladas com diversas condições clínicas e, essas manifestações podem-se apresentar através de atitudes de desconfiança, hostilidade, agressividade, querelância e baixa tolerância à espera e/ou frustração.

De um modo geral, socialmente ainda existe uma idealização de que o doente mental é mais agressivo, mesmo entre alguns profissionais de saúde. No entanto, a agressividade pode ser um traço debilitante de uma doença mental (Charfadi, 2017). Acredita-se que a agressividade esteja presente em inúmeros casos de pessoas com perturbação mental em ambientes correcionais (prisões, instituições) (Wolff, Morgan, & Shi, 2013), sendo de facto elevado o número de pessoas com perturbação mental em ambientes correcionais comparativamente à população na comunidade (Pope *et al.*, 2013).

Inúmeras pesquisas relacionaram a agressividade, violência e aprisionamento a perturbações mentais graves como a esquizofrenia (Swanson *et al.*, 2008; Nedolf, Muris, & Hovens, 2013; Mason, Medford, & Peters, 2012; Daffern, Howells, Ogloff, & Lee, 2005; Link, Monahan, Stueve & Cullen, 1999 cit in Charfadi, 2017), depressão (Dutton & Karakanta, 2013 cit in Charfadi, 2017), perturbação da personalidade antissocial (Moeller *et al.*, 2001; Snowden & Gray, 2011 cit in Charfadi, 2017), abuso de substâncias (Wolff, Morgan, & Shi, 2013; Bácskai, Czobor, & Gerevich, 2011; Elbogen & Johnson, 2009 cit in Charfadi, 2017) e PAB (Reddy *et al.*, 2014, Joyal, Cote, Meloche & Hodgins, 2011; Feldmann, 2001; Swanson *et al.*, 1990 cit in Charfadi, 2017).

As perceções e comportamentos dos enfermeiros quando confrontados com situações de agressividade, podem depender da maneira e extensão de como percebem que podem modificar ou prevenir situações de agressividade assim como o grau em que podem perceber que os clientes agressivos podem controlar o seu próprio comportamento (Drach-Zahavy *et al.*, 2012). Quando encaram uma situação de agressividade, os resultados positivos podem ocorrer quando os enfermeiros percebem que possuem elevados níveis de controlo (percebem que podem modificar

ou prevenir a agressividade) enquanto os clientes possuem níveis diminuídos de controlo (devido à sua condição mental) do comportamento agressivo.

Os conflitos ocorrem entre indivíduos, o que torna importante considerar os comportamentos de todos os intervenientes no conflito do que apenas no potencial agressor (Drach-Zahavy *et al.*, 2012). As implicações para que os enfermeiros compreendam o comportamento agressivo como um resultado de um conflito que escalou entre indivíduos, incidem em prestarem atenção, não apenas aos clientes que podem ser potencialmente agressivos, mas como aos seus próprios comportamentos e ao comportamento de terceiros que podem, eventualmente, contribuir para a escalado do conflito.

Os comportamentos dos enfermeiros têm uma influência significativa no risco da agressividade em clientes psiquiátricos (Delaney and Johnson, 2006; Drach-Zahavy *et al.*, 2012, Irwin, 2006 cit in Department of Health, 2013). Certos comportamentos são consistentes com a criação de um ambiente seguro como estar atento aos comportamentos dos clientes, atender a situações particulares e ao fluxo de atividades nas alas do serviço, cuidar e estabelecer relação terapêutica com os clientes (Delaney and Johnson, 2006 cit in Department of Health, 2013). No entanto, comportamentos mais autoritários por parte dos enfermeiros, outros profissionais como imposição de regras que, para os clientes podem ser interpretadas como injustas ou indiferentes às suas preocupações, ou comportamentos desadequados de outros clientes podem originar conflito. Jansen, Dassen & Jebbink, (2005) salientam como fatores condicionantes e prejudiciais da variante comportamental dos clientes, a existência de contradições na prática dos enfermeiros (ou outros profissionais), a imposição de regimes severos e a possibilidade dos profissionais de saúde não escutarem nem valorizarem os seus problemas. Os enfermeiros devem observar o comportamento do cliente potencialmente impulsivo e agressivo e intervir para evitar que a situação se torne problemática (Department of Health, 2013).

Os maiores índices de agressividade e violência encontrados ao longo da literatura poderão ser reduzidos se o corpo clínico e investigadores descobrirem e implementarem melhores estratégias de intervenção assim como intervenções precoces e técnicas de identificação para os que apresentem risco de perturbação mental (Charfadi, 2017).

2.2 Psicopatologia em Contexto Prisional

A privação de liberdade, imposta por parte do poder judiciário a sujeitos condenados por determinados tipos de crime, possui como objetivo a inibição da prática criminosa, o isolamento de indivíduos que são considerados socialmente perigosos e a sua, conseqüente, reabilitação (Damas & Oliveira, 2013).

O isolamento, o ruído, a perda de identidade, a perda de privacidade, a falta de ocupação e o sentimento de impotência para resolução de problemas pendentes do exterior, são no seu conjunto, dificuldades que podem ter conseqüências drásticas ao nível da saúde mental, nomeadamente na gestão do *stress* e na capacidade de autocontrolo, por parte do recluso (Marques, 2010).

Algumas das conseqüências do contexto prisional, por parte dos reclusos, são a desconfiança em relação a tudo e a tendência para reagir de maneira impulsiva e exagerada e por vezes agressiva face a insignificantes ou ínfimas provocações (Haney, 2012).

Existem vários estudos que corroboram as alterações surgentes do encarceramento. Um estudo realizado por Amado *et al.* (2017) em contexto prisional, concluiu um existente incremento ao nível da sintomatologia psicopatológica com pensamentos, impulsos e ações experienciadas como impossíveis de evitar ou de controlar, que não são desejados, e sintomatologia de sensibilidade interpessoal (Dirkzwager *et al.*, 2016 cit in Amado *et al.*, 2017;), que podem incluir sentimentos de inferioridade e de inadequação, hipersensibilidade às opiniões e atitudes de terceiros e inibição nas relações interpessoais, assim como a presença de sintomas característicos da hostilidade (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Gonçalves & Moreira, 2010 cit in Amado *et al.*, 2017), como pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, raiva, irritabilidade e ressentimento. De acordo com os mesmos autores do estudo, os reclusos inseridos em contexto prisional apresentavam igualmente uma maior incidência de sintomatologia paranoide (Alves & Maia, 2010; Casares *et al.*, 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager *et al.*, 2016; Gonçalves & Moreira, 2010 cit in Amado *et al.*, 2017), como a desconfiança, a ideação delirante persecutória e/ou de autorreferência, a hostilidade, o medo da perda de autonomia e a necessidade de controlo e, por fim, de sintomas psicóticos na linha da alteração da perceção (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager *et al.*, 2016; Gonçalves & Moreira, 2010 cit in Amado *et al.*, 2017), associados à alienação social.

2.3 Primeiro Contexto de Estágio – Estabelecimento Prisional

2.3.1 Características do Contexto de Estágio

O primeiro contexto de estágio e realização do projeto foi num Estabelecimento Prisional (EP), numa unidade de um pavilhão com reclusos com perturbações do foro mental. O objetivo desta ala é assegurar a assistência clínica, quer em regime ambulatorio quer em regime de internamento a estes reclusos.

A equipa multidisciplinar da unidade é constituída pelos técnicos de saúde e outros profissionais, tais como assistentes operacionais, administrativa e guardas prisionais. As atividades desenvolvidas neste meio com estes clientes são predominantemente de cariz lúdico e ocupacional, realizadas maioritariamente e sempre que possível, no turno da manhã.

A unidade encontra-se dividida entre ala dos homens e ala das mulheres. A das mulheres é de menores dimensões comparativamente à dos homens e com características completamente diferentes, sendo mais acolhedora.

A ala de homens divide-se em duas camaratas e tem um quarto de isolamento para uma maior vigilância em que, após uma avaliação médica e de enfermagem, se concluía a presença de risco de agressão – auto ou hetero, suicídio, agudização da patologia psiquiátrica ou outras alterações requerentes de uma maior observação. Nos tempos atuais com a pandemia, quando vazio, por vezes servia para isolamento profilático.

As atividades da unidade são realizadas, na sua generalidade, na ala dos homens, sendo o local onde se incluem todos os gabinetes.

A admissão dos doentes pode ser por via de ordem do tribunal para cumprimento de pena/medidas de segurança, transferência de outros EPs para tratamento por descompensação da psicopatologia, consultas de urgência ou ambulatorio. No término do tratamento ou em caso de alta clínica, podem regressar ao EP de origem, ou podem ficar a aguardar institucionalização, sendo a sua mobilização consoante ordem do tribunal.

De acordo com o relatório de atividades mais recente, as patologias mais comuns na unidade são: perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, perturbação depressiva, deficiência intelectual (ou défice cognitivo) e perturbações relacionadas com a ansiedade causadas com o aprisionamento.

O tempo de internamento/permanência dos reclusos preconiza-se ser de curta duração, no entanto, para os reclusos que terminem a ordem incutida pelo tribunal,

não existem respostas sociais suficientes para uma breve reintegração na sociedade, ficando a aguardar nesta unidade do EP (por vezes durante anos). Um outro fator prende-se com a população que se encontra nesta unidade – cerca de 50% apresenta défice cognitivo/deficiência intelectual (em graus distintos). Muitos desses reclusos (grande parte inimputável) encontram-se a cumprir pena/medida de segurança na presente unidade. A ausência de resposta e o aumento do número de reclusos com este défice levam a uma difícil gestão de camas desta unidade, querendo isto dizer que, cada vez menos existem vagas para reclusos em descompensação aguda.

A principal observação nestas alas foi que alguns destes reclusos, se tivessem recebido acompanhamento e tratamento adequados no exterior, poderiam não ter cometido o crime e assim não seriam conduzidos a este EP. Esta observação é corroborada por Teixeira (2004, p.7) que refere que, devido a questões políticas relativamente à segurança pública que estas pessoas possam ameaçar no exterior,

os estabelecimentos prisionais, sem quererem, transformaram-se de facto, num dos principais depositários de um conjunto de indivíduos que necessitam sobretudo de cuidados psiquiátricos (...) o resultado desta situação sociopolítica é (...) a criminalização de indivíduos que, com um apoio adequado pelos serviços de saúde mental, poderiam nunca entrarem no sistema judiciário.

O funcionamento desta unidade rege-se por um conjunto de regras e orientações específicas. Os reclusos encontram-se, na maior parte do seu dia, fechados atrás das grades que separam as enfermarias do resto da unidade.

No período da manhã, as enfermarias são abertas às 7 horas e 30 minutos, permitindo o acesso dos reclusos ao corredor comum das mesmas, no entanto mantendo-se atrás da grade principal. O pequeno-almoço é servido às 8 horas e 30 minutos no refeitório situado no rés-do-chão do pavilhão e a administração da terapêutica é feita na unidade, deslocando-se recluso a recluso, com o controlo de um guarda, até ao enfermeiro. Já com os cuidados de higiene realizados, às 10 horas dirigem-se ao pátio exterior, onde permanecem durante trinta minutos e depois trinta minutos no bar (onde é o refeitório). Findo esse período, a manhã pode ser ocupada com eventuais consultas, sejam médicas, de psicologia ou reuniões com os educadores.

Durante dois dias por semana são realizadas reuniões comunitárias, de participação voluntária, sendo um espaço onde os reclusos podem expor qualquer assunto e assim fomentar o diálogo. Nas épocas festivas são realizadas atividades maioritariamente manuais, direcionadas à respetiva festividade. Embora sejam

incentivados a participar, a sua participação é voluntária. No Natal, foram realizadas diversas atividades e decorações, com a colaboração de grande parte dos reclusos, desde montagem da árvore de Natal, a elaboração dos enfeites, a escrita de mensagens de esperança, ficando estas expostas numa parede para leitura de qualquer pessoa que fosse à unidade. Estas atividades, para além de estimularem a cognição, motricidade fina e relação interpessoal, são um momento visto e sentido como prazeroso, em que se podem abstrair da realidade de estarem encarcerados.

No período da tarde, às 12 horas e 30 minutos almoçam e de seguida é a administração da terapêutica, exatamente da mesma maneira anteriormente descrita. Às 14 horas e 30 minutos têm o lanche, que é levado às enfermarias e distribuído pelos assistentes operacionais. Cerca das 16 horas e 30 minutos os reclusos voltam a ter acesso ao bar por trinta minutos hora, jantando por volta das 17 horas e 30 minutos, procedendo de seguida à administração de medicação. Pelas 19 horas são fechados nas enfermarias, saindo às 21 horas (as enfermarias são abertas à vez) para a toma da terapêutica do deitar e retomando à enfermaria até ao dia seguinte.

Todas as quintas-feiras, cerca das 11 horas, é realizada uma reunião multidisciplinar, onde é discutido o caso de cada recluso.

Assim, tomando em consideração o que refere a literatura, bem como as características do contexto de estágio, foram delineados os seguintes objetivos para o projeto em contexto prisional:

Geral 1 - Conhecer como se expressa a agressividade impulsiva na população psiquiátrica prisional do contexto de estágio.

- * Específico 1.1 – Identificar os preditores da agressividade impulsiva na população psiquiátrica prisional do contexto de estágio;
- * Específico 1.2 – Identificar os comportamentos de agressividade impulsiva na população psiquiátrica prisional do contexto de estágio;
- * Específico 1.3 – Reconhecer as consequências dos comportamentos de agressividade impulsiva na população psiquiátrica prisional do contexto de estágio.

Geral 2 – Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica destinadas à gestão da agressividade impulsiva.

- Específico 2.1 – Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao nível da predição da agressividade impulsiva;

- Específico 2.2 – Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao nível da prevenção da agressividade impulsiva;
- Específico 2.3 - Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao nível da gestão de episódios de agressividade impulsiva.

Inicialmente, e em concordância com a metodologia presente no Projeto de Estágio, seriam utilizados instrumentos preditores de risco de agressividade que se encontrassem devidamente validados para a população portuguesa, tendo sido encontrado um instrumento que reunia esses critérios – reclusos que tenham historial de comportamentos impulsivos e agressivos e que quisessem participar.

No entanto, após conhecer melhor as rotinas existentes no contexto prisional e a presença da pandemia por SarS-CoV2, foi perceptível que não seria possível a sua correta utilização, tendo sido necessário uma outra abordagem.

2.3.2 A Expressão da Agressividade Impulsiva no Contexto de Estágio

Embora se tratasse de uma unidade direcionada a pessoas com perturbações do foro psiquiátrico eu já possuindo alguma experiência na área de Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), o meio prisional era um grande ponto de interrogação para mim. Que tipo de pessoas vou encontrar? O que terão feito para serem encarceradas? Quão doentes estão?

Para dar resposta às questões do projeto (e minhas), foi elaborado um quadro durante as primeiras semanas de estágio. Durante esse período, de um total de 28 homens e 11 mulheres que passaram pelo internamento ou que ainda se encontravam internados, foram selecionados 22 reclusos, 15 homens e 7 mulheres e os seus respetivos motivos de detenção ou medidas de segurança decretadas pelo tribunal, assim como os seus antecedentes psiquiátricos (apenas foram considerados os crimes com incidência de impulsividade e/ou agressividade ou reclusos com esse histórico). Estes reclusos foram escolhidos pelo tipo de crime cometido, ou seja, crimes que envolveram impulsividade e/ou agressividade ou no caso da Sr.^a B., pelo seu historial de impulsividade. Foram excluídos reclusos que cometeram delitos como burla ou roubo. Estes dados ajudaram na visão do fenómeno relativamente a comportamentos impulsivos e/ou agressivos que esta população apresenta e a correlação com os seus antecedentes psiquiátricos que muitas vezes são o motivo para ingressarem diretamente na unidade do EP de estágio e não num outro EP –

quando vêm de outro, é por motivo de descompensação da patologia psiquiátrica. Os nomes foram substituídos de forma a manter o anonimato, sendo que os que estão a negrito são os reclusos que aceitaram participar no plano de intervenção através de um consentimento informado expresso verbalmente.

Homens			
ID	Idade	Motivo de Detenção ou Medida de Segurança	Antecedente Psiquiátrico
I.	29	Tentativa de Homicídio *	Défice Cognitivo
F.	30	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo
P.	22	Tentativa de Homicídio *	Perturbação Factícia, Perturbação da Personalidade com Traços Antissociais, Borderline e Histriónicos – Sociopatia Grave
R.	20	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo
T.	36	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo
RC.	31	Violência Doméstica	Défice Cognitivo Grave
RG.	26	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo
U.	38	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo
J.	44	Violência Doméstica	Défice Cognitivo
N.	42	Agressão Involuntária *	Défice Cognitivo/Perturbação Delirante?
FT.	21	Assalto com Resistência e Coação de Terceiros *	Défice Cognitivo Ligeiro?
L.	46	Violência Doméstica *	Défice Cognitivo Grave
M.	61	Homicídio de Familiar Próximo *	Perturbação Esquizoafetiva? PAB?
A.	27	Violação em Grupo a Menor	“Surtos Psicóticos” Historial de Heteroagressividade
X.	28	Duplo Homicídio	Surto Psicótico?

* Medida de segurança decretada pelo tribunal

Tabela 1 – Caracterização da População Masculina

Mulheres			
ID	Idade	Motivo de Detenção ou Medida de Segurança	Antecedente Psiquiátrico
R.	25	Agressão *	Perturbação da Personalidade Borderline Comportamentos Autolesivos
L.	26	Violência Doméstica na Via Pública	Esquizofrenia
SO.	40	Fogo Posto numa Instituição *	Défice Cognitivo?
L.	53	Homicídio em 2º Grau	Internada na psiquiatria por patologia neurodegenerativa.
G.	45	Violência Doméstica	Perturbação Delirante Paranoide
P.M	56	Violência Doméstica com Recurso a Arma de Fogo e Arma Branca *	

		Perturbação da Personalidade Borderline e Perturbação Depressiva	
B.	26	Tráfico de Droga	Perturbação da Personalidade com Comportamentos Autolesivos

* Medida de segurança decretada pelo tribunal.

Tabela 2 – Caracterização da População Feminina

Após esta colheita de informação, vários dados foram obtidos e potenciais ligações foram feitas.



Gráfico 1 – Tipo de Criminalidade praticada pela População Geral Reclusa do Serviço

Neste gráfico podemos observar a incidência do crime de violência doméstica na população reclusa, sendo que dos 21 reclusos representados, 8 homens e 1 mulher cometeram esse crime. 1 reclusa cometeu igualmente violência doméstica, mas com recurso a arma de fogo e arma branca e outra cometeu em plena via pública.

Défice Cognitivo - Homens

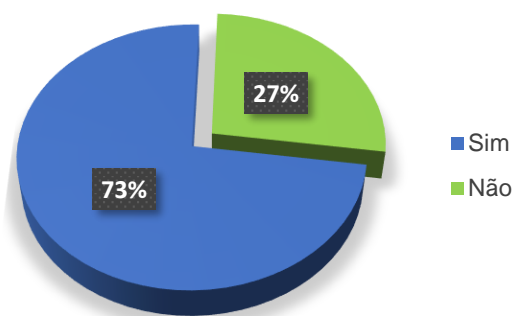


Gráfico 2 – Incidência de Déficit Cognitivo no Sexo Masculino

Défice Cognitivo - Mulheres

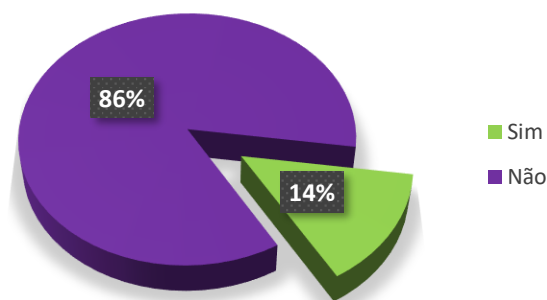


Gráfico 3 – Incidência de Déficit Cognitivo no Sexo Feminino

Como foi observado pelas tabelas anteriormente enunciadas, existe uma elevada presença de pessoas com déficit cognitivo neste contexto prisional. Esta deficiência atinge 73% da população masculina (dos 15 reclusos) e apenas 14% da população feminina (das 7 reclusas).

População Total com Déficit Cognitivo e Incidência Criminal

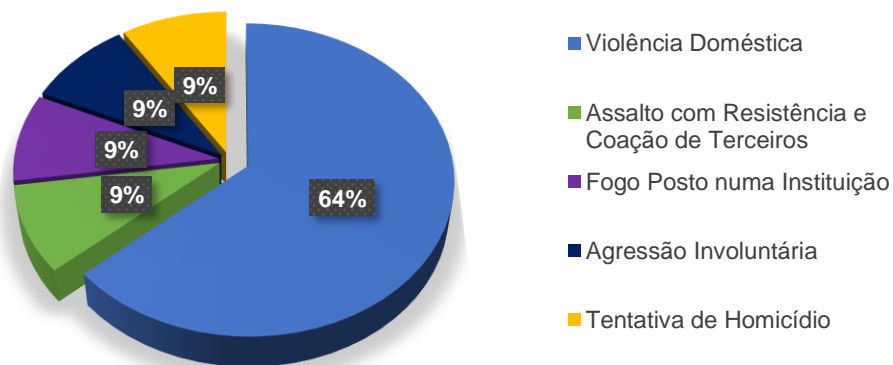


Gráfico 4 – Correlação entre o Crime de Violência Doméstica e Déficit Cognitivo

Este gráfico evidencia a correlação entre o crime de violência doméstica e a população com déficit cognitivo, sendo que 64% desta população cometeu este crime.

Na impossibilidade de utilizar um instrumento de predição de agressividade, a abordagem adotada para uma colheita de dados e visão do fenómeno foi a consulta de processos dos reclusos e da partilha de episódios por parte dos enfermeiros. O seguinte quadro reúne o tipo de agressividade ocorrente naquela unidade do EP de acordo com a informação recolhida – nenhum ato foi observado diretamente por um enfermeiro ou outro profissional.

Tipo de Agressão Relatada/Descrita	
Agressão física a “soco”	Agressão
Autolesão	Agressão com “bofetada”
Agressão verbal	Conflito físico com outro recluso
Manietação	Agressão com “estalada”
Agressão na face	Agressão física
Agressões mútuas com outro recluso	<i>Bullying</i>

Tabela 3 – Ocorrências de agressividade impulsiva relatadas/descritas.

Estas ofensas foram protagonizadas por clientes que apresentam duas características (comuns ou não no mesmo recluso): deficiência intelectual e/ou perturbação da personalidade. Da análise aos dados, não foi inteligível que alguma das agressões espoletasse em contexto psicótico.

Este fenómeno de violência entre reclusos tem sido alvo de inúmeros estudos no meio prisional (Moreira, 2014; Ireland, 2005; Ireland & Qualter, 2008; Holand, Ireland & Muncer, 2009; Ireland & Power, 2004; Ireland, Archer & Power, 2007; Ireland, 1999a; Ireland & Power, 2013 cit in Mendonça, 2019).

A violência e a agressividade apresentam algumas diferenças como dizem os autores Vilhena e Maia (2002 cit in Mendonça, 2019) com suporte teórico de Freud. A violência tem como natureza específica a humilhação, provocar sofrimento e mal ao outro, sendo que o ato de violência tem por base o desejo e a utilização de agressividade propositada. Então, a violência não pode ser vista como impulsiva/instintiva, uma vez que violência requer intenção destrutiva.

Lima, Ferlin & Kristensen (2000 cit in Mendonça, 2019) definem a agressividade como um comportamento desajustado que se traduz em agressões erradamente aplicadas.

Embora não apresente uma tradução literal na língua portuguesa, o *bullying* por ser traduzido como “intimidação”, no entanto esta tradução reduz este complexo fenómeno a apenas esta sua forma de manifestação. Com isto, os investigadores lusitanos referem-se ao *bullying* como maus-tratos entre pares ou vitimização (Lisboa, Braga & Ebert, 2009). O *bullying* pode ser considerado um subtipo de violência (Espelage, Mebane & Swearer, 2004 cit in Mendonça, 2019) uma vez que apresenta algumas semelhanças no sentido comportamental, onde a diferença se distingue pela origem, abusiva e intencional (Rodkin et al., 2006 cit in Mendonça, 2019), sendo o *bullying* então, uma forma de agressão interpessoal (Swearer & Hymel, 2015).

O *bullying* é sustentado por três condições que se encontram relacionadas com comportamento agressivo: a intencionalidade do comportamento de *bullying*; um padrão repetitivo de intimidações psicológicas ou físicas de maneira incessante; e uma desigualdade entre o poder psicológico ou físico que o “*bully*” (quem intimida) tem sobre o outro (Olweus, 1993 cit in Mendonça, 2019).

No âmbito prisional, existem diversas formas de *bullying* que Ireland (2002) caracteriza como *bullying* direto e indireto. O *bullying* direto é quando o ofensor contacta diretamente com a vítima, seja através de violência física, violência verbal, violência psicológica e o furto. Como são formas de agressão mais evidentes, são mais facilmente definidas e reconhecidas. No *bullying* indireto, a forma de agredir já é mais subtil, não havendo interação direta com o ofendido ou então a agressão é tal maneira discreta que, quem presencia ou ouve, assume/interpreta como boatos ou rumores, não a julgando como uma ação agressiva (Ireland, 2002).

Ireland em 1999 identificou e caracterizou diferentes grupos com um peso importante na visão e percepção do fenómeno de violência entre reclusos. Os “puros agressores” são os que praticam apenas comportamentos de *bullying*; as “puras vítimas” que se definem como tal por apenas apresentarem indícios de ser vitimizadas; os “agressores/vítimas”, quem apresenta comportamentos indicativos quer de *bullying* quer também de vítima; e os reclusos que se distanciam, não se envolvendo em confrontos/conflitos, não mostrando então indiciadores de terem sido alvo de agressão.

Com todos estes dados, as intervenções de enfermagem foram ao encontro da predição e gestão destas ocorrências, no sentido de compreender quais os gatilhos que as fazem espoletar e como evitá-los.

2.4 Intervenção Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Na bibliografia consultada, foi identificada uma diversidade de intervenções com vista à prevenção e gestão do risco de violência e de auto e heteroagressividade.

Estas intervenções, tendo por base a teoria de Betty Neuman, visavam instruir os reclusos sobre a temática da agressividade impulsiva, arranjar estratégias de prevenção ou gestão de episódios de agressividade impulsiva, assim como estratégias para redução do nível de ansiedade (*stress*), que pode ser um desencadear deste tipo de ocorrência. A finalidade destas intervenções é atingir o

bem-estar do recluso, interferindo nas condições adversas e nos fatores *stressores* que podem alterar o funcionamento excelente.

De acordo com Neuman, ao trabalhar com a pessoa na adoção de estratégias de *coping* que lhe permita uma melhor adaptação aos agentes *stressores* que influenciam negativamente a sua autonomia e ao trabalhar a manutenção dessa mesma adaptação, é na linha da intervenção primária e secundária, sendo o primeiro aspeto que evitará situações de crise, neste caso, situações de agressividade impulsiva.

De acordo com Stuart & Laraia (2001, p. 242) referem que a intervenção de enfermagem ao nível da prevenção primária é "...ajudar as pessoas a evitar agentes *stressores* ou a enfrentá-los de um modo mais adaptado e modificar os recursos, políticas ou agentes do ambiente de modo que não causem mais *stress* mas que melhorem o funcionamento das pessoas".

As intervenções de nível secundário surgem na sequência da prevenção primária não ter sido eficaz, instalando-se, neste caso, comportamentos de agressividade impulsiva e/ou ansiedade, sendo necessário a atuação sobre essa sintomatologia, visando a recuperação do bem-estar do recluso.

Devido à excelente receção e integração com a equipa profissional de saúde, nomeadamente enfermeiro-orientador, foi-me dado espaço de observação e exploração para pensar, analisar e avaliar quais as intervenções que, devido a estas circunstâncias, melhor se adaptariam ao projeto.

A ideia inicial foi a de realizar atividades grupais com os homens, devido ao forte historial de impulsividade e agressividade do grupo, sendo uma experiência de enorme potencial de riqueza e conhecimento.

Para Benner (2001), um grupo terapêutico corresponde a um microssistema social que apresenta uma teia definida de relações, através das quais se expõe questões de conflito e de cooperação, sendo assim uma ferramenta terapêutica que deve ser estabelecida e mantida.

Por outro lado, a intervenção grupal objetiva o estabelecimento de interações em vertentes distintas, como reclusos-reclusos e reclusos-enfermeiros. Estas interações, de acordo com Vinogradov & Yalom (1992), destinam-se a efetuar mudanças no comportamento mal-adaptativo de cada elemento do grupo, sendo constituídos como ferramentas para a mudança.

Para estes autores, a intervenção deverá ser dirigida para a emenda de distorções presentes no âmbito interpessoal. Por sua vez, Taylor (1992) menciona que, para além desta correção das distorções interpessoais, também potenciam o desenvolvimento de novos modelos do comportamento, facilitando a forma de lidar com situações geradoras de agressividade impulsiva e *stress*.

Tendo em conta a especificidade da unidade e as consequências resultantes da pandemia por Covid-19, o planeado no projeto teve de sofrer uma readaptação a meio do mesmo, mantendo a psicoeducação, adotado o relaxamento, mas abandonando as sessões de grupo masculinas, passando a realizar sessões individuais com as reclusas, por se encontrarem num espaço mais reduzido e com melhores recursos (organizacionais, funcionais e humanos) para realização das atividades.

A psicoeducação é uma maneira de educação para a saúde. Amaral, Almeida & Sousa (2020) dizem que o foco da educação para a saúde são as atitudes e os comportamentos de saúde. Acrescentam, citando Dochterman & Bulechek (2008) que a educação para a saúde “é o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde” seja de sujeitos, família, grupos ou comunidade (2020, p.174).

Santos *et al.* (2011 cit in Amaral, Almeida & Sousa, 2020) referem que a psicoeducação é constituída por uma vertente educativa, com o objetivo de dotar o cliente de conhecimentos relativamente ao problema/patologia, e uma vertente de suporte emocional, que aborda a gestão emocional e das expectativas. Devem ser intervenções estruturadas em sessões, delimitadas temporalmente, com foco na atualidade e na estratégia de resolução de problemas, “incidindo principalmente na literacia sobre os sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e atraso da institucionalização” (Sousa, Mendes & Relvas, 2007, cit in Amaral, Almeida & Sousa, 2020, p.174).

A psicoeducação visa ser parte integrante do regime terapêutico, capacitando os clientes de aprendizagem na compreensão e construção de estratégias para lidar com a patologia e os seus sinais e sintomas.

As atividades no âmbito da psicoeducação tiveram como objetivo inicial, **compreender como os reclusos percecionam estes conceitos de agressividade impulsiva e como a vivenciam**. No término da partilha, foram explicados, de uma forma clara e simples, os conceitos supracitados, e fomentada a capacidade crítica e

insight, foi promovida uma autoconsciencialização sobre os comportamentos mais impulsivos e/ou agressivos de alguns dos reclusos, dando a “tarefa” de reflexão acerca de acontecimentos desta natureza e como os resolveram. Esta atividade inicial permitiu ter uma ideia de como é que podem surgir situações de agressividade impulsiva entre reclusos, sendo que alguns apresentam um défice no autocontrolo da impulsividade, seja em comportamentos heteroagressivos ou autolesivos assim como baixa tolerância à frustração. Um dos relatos foi particularmente interessante, em que o recluso disse “(...) *uma vez um amigo disse que todos temos a nossa bolha e que não devemos invadir esse espaço... Às vezes invadimos e a pessoa não gosta, fica agressiva e depois pode bater. Temos de respeitar o espaço do outro*”. O interessante deste relato, bastante adequado, foi ter sido dado pelo recluso que mais situações de agressividade impulsiva apresenta no serviço...

De acordo com o relato dos reclusos, muitas das situações que surgem entre eles, devem-se a: **invasão e não respeito pelo espaço do outro, “brincadeiras físicas” onde um acaba por ultrapassar o limite de brincadeira ou o outro deixa de a entender como tal, consumo de tabaco – quando um tem e não quer dar, provocações diretas ou indiretas ou simplesmente a situação surge e não a sabem explicar**. Ficou notório que existe um pequeno grupo de reclusos que se encontra maioritariamente envolvido em situações negativas, seja pelo baixo autocontrolo da impulsividade ou por se sentirem superiores aos seus colegas.

Dentro da prisão, o clima vivido é muitas vezes de medo e insegurança, pois como refere Gonçalves (2005, p.140) “o ambiente prisional também é fértil em provocações, pelo que os reclusos agredem o provocador e sofrem depois as eventuais retaliações”.

A prepotência, onipotência e sentimento de poder sobre o outro por parte de alguns reclusos, pode levar a que o recluso sob o domínio destes, se isole, ou responda de uma forma agressiva, nomeadamente física.

As interações que surgem entre reclusos são experienciadas de diferentes maneiras por cada um. Apesar de ser uma ala específica deste EP, a população mantém alguma heterogeneidade que, conjugada com o facto de terem de permanecer juntos durante um longo e indeterminado tempo, pode adensar desconfianças, suspeitas, criar clivagens e falta de discernimento. Estes comportamentos podem levar então ao **espoletar de ocorrências agressivas** ou então levar a que alguns reclusos se afastem destes focos desestabilizadores.

As **estratégias para gestão de conflitos** relatadas pelos reclusos participantes foram pertinentes, desde o diálogo para compreensão e resolução do evento, o afastamento e evitamento como um recluso referiu “*fico no meu canto, sossegado, tranquilo, sem me chatear com ninguém*” ou como um outro recluso, mais velho, respondeu “*se for alguém da minha idade, eu tento conversar com ela; se não conseguir, eu afasto-me. Se for alguém mais novo, não converso, afasto-me logo*”, ou o pedido de ajuda aos enfermeiros e/ou guardas prisionais como verbalizado por um dos reclusos “*na situação com o Sr. E tive de pedir ajuda à equipa de enfermagem porque não estava a conseguir controlar, precisava de um SOS*”. Apesar da assertividade das respostas, que me deixaram bastante agradada, ao longo do estágio foi perceptível que nem sempre são utilizadas, dando lugar a estratégias de agressividade verbal ou física no caso da população masculina. Isto deve-se ao longo tempo de coabitação entre eles e ao facto do grande leque de reclusos com défice cognitivo, onde estratégias como o diálogo ou o evitamento podem não ser compreendidos e assim não serem bem-sucedidos.

Uma outra intervenção foi no âmbito da “**tensão e relaxamento**”, sendo uma estratégia que podem utilizar na camarata, aplicando nos momentos em que se sintam mais ansiosos, mais tensos. De acordo com Kérouac (1994 cit in Almeida, 2011), este tipo de intervenção foca-se na redução do *stress* provocado por agentes ou condições adversas.

O exercício aplicado denomina-se de “Estica e Encolhe” (Brandes & Phillips, 2008), sendo um relaxamento superficial, que produz um efeito quase imediato, podendo ser utilizado quando o sujeito se encontra em súbitas situações originadoras de *stress*, sendo o objetivo perder alguma tensão superficial (Payne, 2003). A mesma autora refere que este exercício não visa a eliminação total do *stress*, mas sim auxilia a capacitação do recluso para lidar com o mesmo.

Como instrumento de avaliação, foi utilizada uma Escala de Avaliação adaptada da Escala de Faces (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) relacionada com o grau da ansiedade, antes e após a intervenção. Esta escala de avaliação permitiu fazer uma avaliação da ansiedade de cada reclusa, através da observação do seu fácies e do seu feedback, sendo um instrumento de prática aplicabilidade.

Esta intervenção foi realizada apenas com as mulheres, tendo sido recebida com agrado e interesse, tendo sido dado feedback positivo “*gostei muito... Fiquei mais*

relaxada. Vou tentar fazer isto sozinha”, *“sinto-me mais tranquila, obrigada por isto*”. Por ser uma técnica de relaxamento superficial, os resultados esperados foram ao encontro dos resultados obtidos, que as reclusas conseguissem diminuir, mesmo que ligeiramente, o seu nível de tensão.

Uma outra técnica foi com base no **controlo da respiração**, adaptada da técnica intitulada de “Tensão para Fora, Paz para Dentro” (Payne, 2003). O sujeito, tomando consciência da sua respiração, dirige a atenção para o seu padrão respiratório, isto ajuda no autocontrolo sobre si mesmo. A grande vantagem desta técnica é a sua fácil aplicabilidade em qualquer local ou circunstância.

De acordo com alguns autores, a respiração tem sido utilizada como um método de relaxamento. Payne (2003) menciona que o *stress* se encontra interligado com o chamado despertar psicológico e que este despertar surge com a ocorrência de uma reação do sistema nervoso simpático (SNS), aumentando a frequência respiratória. Sudsuang *et al.* (1991 cit in Payne, 2003) referem que a respiração se encontra diretamente relacionada com o sistema nervoso autónomo (SNA), sistema este que controla a vigília fisiológica. A respiração da vigília simpática é diferente da respiração da vigília parassimpática, sendo que a primeira tem um ritmo mais acelerado e a segunda mais lenta e suave, querendo isto dizer que, diminuindo o ritmo respiratório, é possível promover a atividade parassimpática (diminuição da frequência cardíaca, diminuição da tensão arterial, diminuição do nível de adrenalina).

Apesar de ser um exercício bastante simples, inicialmente algumas reclusas apresentaram alguma renitência relativamente à sua eficácia no relaxamento *“hum, não sei se é uma grande ajuda.”*, dizendo que já fizeram no passado, mas sem sucesso *“às vezes já tentava respirar fundo para acalmar, mas nem sempre resultava...”* no entanto, após o exercício assentiram que se sentiram, embora que ligeiramente, mais tranquilas *“acredito que me vai ajudar no futuro... Vou tentar fazer quando me começar a sentir mais stressada”* ou *“sim, faz algum efeito”*.

Na ala masculina, esta técnica foi aplicada apenas a um recluso que se encontrava bastante ansioso, irritável e choroso na camarata, tendo verbalizado de forma altissonante antes da intervenção *“eu não quero mais estar aqui, estou farto!”*

Era um recluso com défice cognitivo. Após uns quantos ciclos respiratórios, com bastante colaboração do participante, este acabou por no fim dizer *“sinto-me melhor, obrigada”*, sorrindo.

2.5 Limitações e Ajustamentos do Estágio

Como foi anteriormente referido, o inicialmente planeado para este contexto sofreu uma grande readaptação por vários fatores, tenham sido eles organizacionais e externos ao serviço, tendo sido por tê-lo tornado demasiado ambicioso para o tempo de estágio e características do contexto.

O projeto inicial, para a colheita de dados, implicava a aplicação da *BrØset Violence Checklist* (Almvik e Woods, 2003), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Marques *et al.*, (2004; 2015) no sentido de ir ao encontro do objetivo do reconhecimento dos reclusos preditores da agressividade impulsiva e da predição do risco de comportamento agressivo. Não foi exequível a utilização desta escala pela sua aplicação no período de 24 horas após a avaliação, tendo por base a observação do enfermeiro durante 48 horas que, pelas especificidades deste contexto, nomeadamente o número de horas que os reclusos se encontram fechados nas camaratas, não seria possível obter uma observação e resultados totalmente fidedignos.

A aplicação do *Aggression Questionnaire* (Buss-Perry, 1992), questionário que permite uma melhor caracterização da população-alvo e indica o índice de agressividade de cada participante, auxiliando no reconhecimento dos preditores e do comportamento agressivo também foi colocada de parte após lidar com a população reclusa internada e falar com o enfermeiro-orientador: grande parte da população (vide gráfico 2) tinha défice cognitivo e o questionário era algo extenso (29 questões) e com algumas perguntas menos claras, o que podia enviesar o seu correto e total preenchimento.

As entrevistas do tipo *focus group* – técnica que iria permitir uma partilha de ideias e opiniões sobre o tema sobre a experiência de cada um sobre o reconhecimento dos preditores, dos comportamentos e consequências desses mesmos comportamentos – aos enfermeiros, assistentes operacionais e guardas prisionais, também foi planeada mas pela sua aplicabilidade demorada devido à dificuldade em conseguir reunir todos os elementos e com a presença da pandemia Covid-19 que não permite o ajuntamento de pessoas, não foi utilizada no estágio como meio de colheita de dados.

Associado a este constrangimento da pandemia de manter o distanciamento social, não havendo ajuntamentos e também pela ausência de elementos por se encontrarem destacados noutros serviços para colmatar baixas médicas devido à

infecção pelo vírus, também tinha sido planeado uma sessão de psicoeducação à equipa multidisciplinar com o intuito de partilhar/refletir com a mesma sobre sinais de alerta de agressividade impulsiva por parte de um recluso preditor e a sensibilização para o comportamento, seja verbal ou não-verbal, que os profissionais podem apresentar face aos clientes. Isto porque um comportamento autoritário, de desinteresse pelo cliente, podem ser “rastilhos” para originar um conflito. Com isto, tentaria compreender qual o conhecimento da equipa sobre as 3 Fases da Agressão, assim como sobre as técnicas de *Des-escalation*, que são de extrema importância e posteriormente abordaria as mesmas. Espero que num futuro, sem pandemia, seja possível abordar esta temática com a equipa multidisciplinar.

O grande foco do projeto inicial eram as intervenções grupais, com elementos de ambos os géneros, onde seriam realizadas atividades de psicoeducação sobre a temática da impulsividade agressiva, no início e no fim do estágio, e atividades no âmbito do exercício físico. As grupais seriam extremamente importantes pois permitiriam diminuir o isolamento e comportamento antissocial dos reclusos, potenciados pela privação da liberdade, assim como capacitariam o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais entre ambos. Mas devido à situação atual que vivemos, tudo isto sofreu alterações. Por ausência de guardas prisionais suficientes (devido ao destacamento para outros serviços) na ala dos homens (onde se realizaria a atividade) para observação da intervenção grupal, associado ao turno da tarde (o turno que mais fazia, sendo apenas 2 enfermeiros no mesmo), não havia condições para a atividade com total segurança e tempo de qualidade para a sua realização, pelo que sofreu a readaptação para atividades individuais com as mulheres, havendo sempre uma guarda prisional presente na ala feminina.

Um outro constrangimento foi a impossibilidade da realização de atividades físicas (jogos com bola, estafeta, entre outras) para trabalhar o controlo da agressividade impulsiva, a coordenação motora, estimulação cognitiva e técnicas relacionais e comunicacionais. O meu entusiasmo era grande, acreditava na sua potencialidade e de acordo com a literatura consultada e supracitada (ressalvando a conexão entre a ansiedade e impulsividade), estas atividades iam ao encontro dos objetivos delineados, no sentido da prevenção e gestão da agressividade impulsiva.

No término de cada atividade física, seria espectável que os reclusos se sentissem com melhor humor, menos ansiosos, mais relaxados, conseqüentemente com o índice de agressividade impulsiva reduzida ou mesmo ausente.

Tinha planeado utilizar o espaço exterior. Acontece que, para além de ser inverno, a imprevisibilidade meteorológica não permitia planear com antecedência a utilização do espaço exterior; a pandemia não permitia que se realizassem atividades coletivas que envolvessem o toque ou troca de objetos – distanciamento social; mesmo que quisesse fazer no interior, nos turnos da tarde não tinha corpo prisional para a observação.

Com todos estes constrangimentos foi necessário readaptar o projeto inicial ao atual contexto. A ajuda do enfermeiro-orientado e docente-orientador foram fulcrais para que se conseguisse encontrar um rumo que fosse exequível nestas condições. Daí ter “repescado” a ideia inicialmente descartada do relaxamento. Decidi não optar pelos métodos mais conhecidos como a Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson, a Técnica de Relaxamento Muscular Modificado ou o Relaxamento por Imaginação Guiada, optando por exercícios mais simples e práticos que os reclusos pudessem realizar sozinhos e em qualquer momento.

Parte 2 – Desenvolvimento de Competências de EESMP

3. O Segundo Contexto de Estágio – Unidade de Cuidados na Comunidade

3.1 Características do Contexto de Estágio

O segundo contexto foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade, num centro de atendimento a jovens desde os 11 aos 21 anos (inclusive), sendo um recurso comunitário de referência relativamente à saúde juvenil desde 2004 que proporciona um atendimento individualizado ao jovem, acompanhando-o na tomada de decisão informada e responsável, em momentos cruciais da sua vida. O atendimento é confidencial e pode ser imediato ou opcionalmente por marcação, desburocratizado e gratuito.

Os objetivos do atendimento visam a promoção de estilos de vida saudáveis; identificação e prevenção de comportamentos de risco (consumo de substâncias, sexo desprotegido), de abuso e violência; identificação e otimização dos recursos pessoais de cada jovem (através da participação na sua própria saúde e da responsabilização pelas suas escolhas); promoção das relações parentais e o apoio à Saúde Mental.

Este espaço comunitário por se encontrar inserido na comunidade, num espaço próprio e localizado numa área de grande e fácil acessibilidade aos jovens, permite um ambiente de exclusividade, privacidade e confidencialidade, características bastante prezadas pelos adolescentes. Por estas razões, este centro é um vantajoso meio de promoção de saúde e de cuidados antecipatórios. Os jovens têm conhecimento deste local através da escola ou de amigos.

É constituído por uma equipa multidisciplinar de 2 médicas, 2 enfermeiras EESMP, 1 psicóloga, 1 assistente social e 2 administrativas, mas atualmente, devido à pandemia e iminência de mudar de instalação física, era constituído por 2 enfermeiras, uma era EESMP, sendo a outra Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A psicóloga e assistente social iam muito esporadicamente ao centro.

As consultas, médicas e/ou de enfermagem, podem ser referenciadas por outros técnicos, profissionais de saúde, instituições sociais/saúde, escolas e/ou serem marcadas pelos jovens. Durante o meu período de estágio, ficou sem médica desde o fim de Março (por motivos de reforma) e, até ao término do mesmo, não foi substituída pois o centro encontrava-se na transição de instalações. Com isto, os

jovens que necessitassem de consulta médica eram orientados para marcar consulta com o seu médico de família.

Nas consultas, tendo em conta o critério da confidencialidade, os pais/cuidadores/educadores poderão acompanhar o jovem, no entanto, apenas se este o permitir.

Os motivos da procura deste atendimento recaiam sobretudo sobre o tema da sexualidade: início da vida sexual, comportamentos de risco na relação sexual, início da toma do contraceptivo oral (pílula), recurso ao contraceptivo oral de emergência e pedido de contraceptivo de barreira (preservativos). Outro tema algo comum era a interrupção voluntária da gravidez (IVG). De salientar, que o projeto deste centro surgiu numa continuidade de uma consulta do jovem adolescente de Planeamento Familiar. No entanto, houve jovens que recorreram, fosse por vontade própria, ou levados pelos pais/cuidadores/educadores por questões relacionadas com ansiedade, problemas de relação (escola) e/ou alterações do comportamento.

Este local de estágio representou, numa fase inicial, um “campo desconhecido”, totalmente fora da minha zona de conforto por ser direcionado a adolescentes e aos temas que a eles estão associados, levando-me a pesquisar e a aprofundar conhecimentos para que conseguisse escutá-los e dar-lhes uma resposta adequada ao seu pedido de ajuda. Um pilar fundamental foi a enfermeira-orientadora pois os momentos de diálogo consigo permitiram-me uma introspeção mais profunda sobre todas as minhas dúvidas, receios, incertezas e dificuldades na definição e consequente implementação dos planos de intervenção.

3.2 População Atendida e as suas Necessidades

Como foi referido anteriormente, o centro atende jovens desde os 11 até aos 21 anos (inclusive). São jovens de diferentes géneros, de várias etnias, estatutos sociais, que procuram este local por diferentes razões.

A adolescência é um estágio de transição por excelência. A palavra tem a sua origem etimológica no latim, significando *ad* (para) + *olescere* (crescer); querendo dizer “*crescer para*”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), a adolescência é um processo, compreendido entre as idades dos 10 e dos 19 anos, que se encontra dividido nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos); adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos); e de juventude, que é um período que vai dos 15

aos 24 anos. Neste processo, essencialmente biológico, desenvolve-se a cognição e a construção da personalidade.

Toublanc (2005) salienta que, devido às modificações corporais, a adolescência pode ser considerada como uma crise pubertária. Estas profundas modificações físicas causam uma estranheza nos adolescentes e, segundo Palmonari *et. al.* (1984 cit in Vilhena e Silva, 2012), sendo o corpo uma dimensão tão próxima e de tamanha importância para os mesmos, a sua confiança na estabilidade da sua dimensão social pode ser colocada à prova.

A adolescência é uma fase de escolhas, em que o escolher pode significar conquista ou renúncia. A necessidade de mudança e de escolhas por parte do adolescente pode explicar a sua vulnerabilidade psíquica, assim, “os comportamentos ruidosos, as queixas e as manifestações sintomáticas que os adolescentes apresentam, são testemunho, destes constrangimentos e deste trabalho psíquico.” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 23).

Estes autores incluem nesta etapa da vida, a existência de três tipos de “ameaças”: a ameaça ansiosa, que se relaciona com a puberdade, a transformação do corpo com a oscilação da identidade; a ameaça aditiva, resultante da renúncia impossível que a escolha possa implicar, principalmente escolhas do foro afetivo e identitário; e a ameaça depressiva, que resulta do trabalho essencial de perda e de luto, encarado com um despedir da infância, que a adolescência implica, juntamente com a separação gradual dos pais, mas ainda mais relevante à perda das imagens parentais que tem para si. Referem também ser um período em que as manifestações emocionais são flutuantes, sendo mais ou menos explosivas, impulsivas, mas numa existência transitória. A esta fase, que chamam de “abatimento”, surgem no adolescente manifestações de ser incompreendido, de ser infeliz, surge uma identificação, ou mesmo o sentimento de ser incapaz.

Os elementos afetos ao humor e sentimentos, característicos do processo da adolescência, podem facilmente conduzir à depressão. Este “abatimento” existe na adolescência; pese embora, não deve considerada como uma doença ou perturbação. Estes adolescentes que se sentem invadidos pelo abatimento, apesar do desânimo, mantêm as suas atividades, não ficando imobilizados nem incapacitados. Estes autores ainda referem a existência de três grupos de adolescentes – os que não se sentem deprimidos, os que têm momentos de “abatimento” passageiros, e aqueles que se encontram realmente deprimidos (Braconnier & Marcelli, 2000).

É importante ter conhecimento sobre o que é a adolescência numa perspetiva multifatorial, ter a capacidade de compreender que a fase da adolescência é vivida de diferentes perspetivas e maneiras e que está dependente de fatores sociais, familiares, culturais e económicos, que pode ser modelada pelos grupos de pares que o adolescente integra. É crucial ter o conhecimento de que na adolescência pode ocorrer uma fase depressiva transitória, uma posição depressiva relacionada com o trabalho psíquico dificultado do adolescente.

Todas as mudanças fisiológicas, cognitivas, psicossociais e emocionais que acontecem na fase da adolescência, podem fazer crescer reações agressivas dos jovens assim como as situações de conflito em que estes se envolvem; isto porque, em todos estes âmbitos o adolescente encontra-se entre a criança e o adulto, numa posição idêntica à dos membros de grupos minoritários em situação de marginalidade (Lewin, 1951; Palmonari, *et. al.*, 1984 cit in Vilhena e Silva, 2012).

O comportamento antissocial que por vezes envolve a adolescência pode ser considerado estatisticamente como normativo e ser visto como uma tentativa de o adolescente expressar a sua autonomia (Aguilar, Sroufe, Egeland & Carlson, 2000 cit in Benavente, 2002). Esta autora (citando Marques, 1995), refere que os comportamentos desviantes normativos e próprios da adolescência dos comportamentos desviantes patológicos podem ser distinguidos pela: i) intensidade das condutas ilícitas; ii) a persistência das condutas ilícitas e iii) a rigidez das condutas.

Coimbra de Matos (2002), salienta que o desenvolvimento da autonomia permite ao adolescente melhor aprender a utilizar os seus próprios recursos, de forma a conseguir auto abastecer-se, a autocuidar-se, reduzindo ou mesmo eliminando o desconforto, procurando ativamente o prazer. Refere ainda a adolescência como "(...) passagem de uma conduta passiva, em que espera a gratificação e por isso adere ao objeto, para um comportamento ativo em que explora o ambiente e busca satisfazer-se, treinando habilidades de cujo exercício retira um prazer suplementar (...)" (p. 37). Acrescenta que é de extrema importância que se desenvolva a autonomia no adolescente que se encontra fragilizado, vulnerável e em sofrimento mental, quando mergulhado num quadro depressivo, em que a autonomia é parte integrante do processo de desenvolvimento saudável do adolescente.

Na sua generalidade, os adolescentes portugueses são saudáveis. No entanto, de acordo com a OE (2010), no que diz respeito a problemas de saúde relacionados com comportamentos de risco como alterações da conduta do comportamento

alimentar, consumo de substâncias (tabaco, álcool e/ou drogas), relações sexuais desprotegidas com conseqüentes infeções sexualmente transmissíveis (IST) ou gravidez indesejada, comportamentos suicidários – pese embora a estabilização do número de suicídios na adolescência comparativamente a anos anteriores – a situação é preocupante.

No que concerne à saúde mental do jovem, um estudo realizado em 2018 em Portugal, o Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), a 6997 alunos dos anos 6º, 8º e 10º de cinco regiões do país, com idades entre 10 e os 20 anos (sendo a idade média de 14 anos), revelou a necessidade de rápida atuação neste tema isto porque, comparando os dados de 2014 com 2018, os adolescentes apresentem mais sintomas físicos e psicológicos, no entanto Portugal ainda se mantém inferior à média europeia. De um modo geral, em 2018, são referidas com mais frequência dificuldades em adormecer (insónia inicial), tristeza, irritação, ansiedade/nervosismo, tonturas, e dores de costas, mas mesmo assim ainda com valores inferiores à média europeia (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Relativamente à sexualidade, tem havido uma descida do número de jovens que já iniciou a sua vida sexual. Grande parte dos adolescentes que já a iniciaram, dizem tê-lo feito com 14 anos ou um pouco mais tarde; um terço dos mesmos refere o não uso do preservativo por esquecimento, por não terem pensado nisso, por no momento não ter consigo um preservativo, por este ser caro ou por motivos de ingestão abusiva de álcool e não se recordarem do seu uso (idem). Um dos resultados alarmantes deste estudo é o facto de existir uma minoria considerável que refere não ter utilizado o preservativo na última relação sexual e ter tido relações associadas ao consumo de álcool ou outras substâncias ilícitas. Fazendo uma comparação com dados de anos anteriores, averigua-se que estes dois comportamentos de risco têm aumentado, pelo que urge uma intervenção preventiva.

Uma outra razão para o não uso do preservativo, relatada por algumas jovens no centro, deve-se à imposição do namorado em não querer usar porque “*diminui o prazer*”. As jovens acabam por aceitar a imposição por receio do término da relação, no entanto em entrevistas, revelam que sentem medo de uma gravidez, de uma IST, mas que não têm coragem para o expor ao namorado.

Com isto, é notório que o investimento que deve ser aplicado na educação para a saúde, sendo uma resposta eficaz, seja neste comportamento de risco e/ou nos outros que os jovens apresentam, de forma a lhes dar as “ferramentas” para

promoverem as suas competências pessoais, sociais e relacionais (Morgan, Davies & Ziglio, 2010).

A ansiedade também é uma das necessidades mais sentidas pelo adolescente. O adolescente está sujeito a *stress* do quotidiano, o que pode conduzi-lo na adoção de comportamentos desajustados, pelo que é extremamente importante, durante o seu desenvolvimento, a aquisição de mecanismos de adaptação às situações derivadas do *stress* – estratégias de *coping*. Neeb (2000, p.103) descreve que o *coping* “é o modo como cada indivíduo se adapta psicológica, física e comportamentalmente a um fator de *stress*”. Como cada pessoa é única, os mecanismos para combater esses fatores stressantes variam de sujeito para sujeito.

Na adolescência, o *coping* mais utilizado é o focalizado na emoção, sendo que os estudos evidenciam que as crianças e adolescentes utilizam uma diversidade de mecanismos e empregam diferentes deles para diferentes contextos. As estratégias de *coping* mais comuns são o controlo do perigo e a procura de apoio social no *coping* ativo, o planeamento de soluções e a distração passiva e ativa no *coping* interno. As menos frequentes são os comportamentos autodestrutivos, a agressão, *coping* de confronto, o afastamento, o relaxamento, e o autocontrolo da ansiedade (Boekaerts, 1996, cit in Dell’Aglia, 2003).

A ansiedade nesta etapa de vida está frequentemente associada a situações de interação social, de tomada de decisões e de cumprimento de regras e limites. Além disso, e mesmo não estando presente conjuntamente com perturbações de natureza comportamental, faz parte do quotidiano dos jovens, uma vez que até certo ponto é uma resposta natural aos fatores mais negativos da sua vida.

4. Intervenções Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Para este local de estágio, os objetivos a que me propus para atingir passaram por conhecer a dinâmica organizacional e funcional; identificar os motivos e necessidades que levam os adolescentes a recorrer a esta unidade de saúde; realizar o atendimento e entrevistas aos jovens; desenvolver competências comunicacionais, relacionais e técnicas com esta faixa etária e assim desenvolver competências de EESMP.

Para conseguir planejar e implementar as atividades com os adolescentes, com autonomia, foi necessária uma excelente integração na equipa multidisciplinar e ligação com a enfermeira-orientadora; observar as técnicas comunicacionais aplicadas pela enfermeira EESMP durante a consulta e entrevista de enfermagem ao adolescente; profunda pesquisa bibliográfica; a realização reflexões críticas e entrevistas de tutoria.

Com base na pesquisa bibliográfica e observação da dinâmica da consulta de enfermagem e da entrevista ao adolescente por parte da EEESMP, realizei, inicialmente sob supervisão da enfermeira e posteriormente de forma autónoma, a consulta de enfermagem e a entrevista ao adolescente com base na entrevista motivacional (EM) e no HEADSS, na primeira entrevista, com a adolescente de referência que tive ao longo do estágio.

Mais uma vez, as intervenções tiveram por base a teoria de Betty Neuman, sendo elas de nível de prevenção primária e terciária. Este último nível de prevenção, de acordo com Stuart & Laraia (2001, p. 275) tem como foco o bem-estar e saúde da pessoa, da sua família e comunidade, “ajudando a que a pessoa volte ao nível mais alto possível de funcionamento”.

Almeida (2011) referiu que as intervenções de prevenção primária devem recair sobre os fatores/condições que afetam a vulnerabilidade da pessoa, comprometendo as suas resistências. Acrescenta que a sua atenção tem como foco os fatores que, a curto prazo e de forma contínua, façam desencadear crises associadas a mudanças repentinas nos seus hábitos e padrões comportamentais, levando a uma modificação do seu desenvolvimento do seu estilo de vida a longo prazo.

Para que o adolescente se sinta compreendido, é fulcral que o enfermeiro seja visto como um parceiro nos cuidados e não como uma figura de autoridade. A não

confrontação e o respeito pela liberdade de escolha do adolescente zela pelo seu direito de autonomia (Andretta & Oliveira, 2005).

O sucesso das atividades dependeu do conhecimento e adequada utilização de estratégias de comunicação ao jovem, uma vez que para lidar com o adolescente é preciso ter um total domínio das diversas características da comunicação assim como se deve ter em mente que as estratégias se encontram mais ligadas com o estado de desenvolvimento do jovem de que com a comunicação propriamente dita, salvo exceções nas situações em que exista patologia que interfira nesse âmbito (Sequeira & Sequeira, 2016).

De acordo com os autores supracitados, as estratégias que o enfermeiro deve utilizar são simples, devendo sempre ser adequadas a cada jovem e momento:

- Proporcionar um ambiente que seja acolhedor e de confiança;
- Primeiramente, cumprimentar o adolescente;
- Informar o adolescente relativamente ao motivo da entrevista, limites e garantindo-lhe a confidencialidade;
- Incentivar a sua participação – a maioria dos jovens tem a noção de possuir conhecimentos sobre qualquer tema pelo que o enfermeiro deve valorizar esse conhecimento, a sua opinião mesmo que esta seja de discordância. Valorizar o adolescente, digamos assim, ajuda na comunicação e incentiva-o a falar/exteriorizar sobre algum tema ou problema;
- Escuta ativa, evitar elevado número de questões;
- Na presença dos pais, as perguntas devem ser inicialmente dirigidas ao adolescente, evitando o confronto entre este e os pais;
- Respeitar o adolescente – tratá-lo pelo seu nome próprio ou pelo seu apelido;
- Evitar paternalismo, proximidade ou distanciamentos excessivos – deve-se respeitar o espaço pessoal do jovem;
- Proceder ao estabelecimento de limites e clarificação de papéis;
- Se o adolescente não solicitar conselhos, o enfermeiro deve evitar dá-los. Se o enfermeiro transmitir uma informação de relevo, deve utilizar a 3ª pessoa do plural, pois pode ter um impacto positivo nos jovens, muitos referindo que se sentem mais à-vontade com essa denominação;
- Evitar a repreensão e moralização;
- Mostrar-se disponível para escutar a opinião do adolescente sem julgamento da mesma e sem imposições;

- Ressalvar os seus aspetos positivos;
- Manter uma postura calma, evitando a tensão e uma entoação agressiva que possa gerar agressividade;
- Mostrar que se tem mais do que uma opinião é mostrar ao adolescente que se é flexível;
- O adolescente, por vezes, procura soluções, pelo que se deve evitar dá-las. O enfermeiro deve perguntar-lhe quais as opções que pensa e dar orientações e transmitir informações que o possam ajudar a decidir;
- Se necessário e oportuno, falar a sós com os pais para colheita de mais informação;
- Na tomada de decisão, deve-se envolver o adolescente;
- Delinear e negociar um plano de intervenção individualizado em conjunto com o adolescente e os pais;
- Esclarecer e clarificar dúvida que possam surgir;
- Se houver necessidade, orientação para outros profissionais;
- Sintetizar dos aspetos fundamentais da presente entrevista e marcar a próxima;
- Despedir do adolescente e seus pais.

No atendimento ao adolescente, a entrevista faz parte integrante, sendo fundamental, uma vez que é uma abordagem que permite colheita de dados e estabelecimento de canais de informação e comunicação para o futuro (OE, 2010).

Neste atendimento de enfermagem, o jovem é atendido individualmente, de forma a respeitar a sua privacidade e confidencialidade. Quando vinham acompanhado por familiares, educadores ou amigos, era-lhes explicado que inicialmente a consulta decorria apenas com o jovem e, caso este anuísse, posteriormente poderiam ser incluídos na entrevista. Esta abordagem vai ao encontro do que referem Hockenberry & Wilson (2014), que primeiro deve fazer-se a entrevista a sós com o adolescente, de seguida com a família ou vice-versa, beneficiando, no segundo caso, a relação com a família.

Esta entrevista tem como objetivos: avaliar o seu desenvolvimento psicossocial e afetivo, estabelecer uma relação terapêutica adequada e de confiança, prevenir (eventuais) problemas, sendo o objetivo major a de detetar e identificar problemas reais, pelo que o enfermeiro deve estar bastante atento.

A entrevista motivacional, conceito que não estava muito familiarizada, é das abordagens mais utilizadas pela EEESMP do centro com os adolescentes. Esta

técnica apresenta-se como uma promissora abordagem, pois nesta fase do ciclo vital é comum a ambivalência e os adolescentes dão extremo valor à independência, autonomia, ao respeito pelas suas escolhas e opções, sendo frequente a oposição a figuras representativas de autoridade (Baer & Peterson, 2002 cit in Cunha, 2011).

A EM tem por base o não-confronto, privilegiando a empatia, respeito e autonomia. A EESMP utilizava também o Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1943, 1982 cit in Tomás *et al.* 2020) que está sustentado pelo conceito de motivação como uma vontade de mudar ou um estado de prontidão. Neste processo, a pessoa passa por várias etapas, iniciando-se pela ausência de insight até à mudança concreta, sendo um processo em que a pessoa pode voltar atrás nos estádios e recomeçar.

A motivação, que à primeira vista parece um conceito simples, tem um significado bem mais profundo. A motivação é definida como “o interesse em iniciar uma determinada modificação ou em mantê-la (mudança), substituindo, habitualmente, um comportamento prejudicial por um comportamento salutogénico, ou simplesmente eliminando o comportamento prejudicial”, sendo um conceito que difere de pessoa para pessoa (Jungerman & Laranjeira, 1999; Sequeira, 2016 cit in Tomás *et al.* 2020, p.3).

Um dos componentes com mais relevância e importância da motivação é a ambivalência que “não significa apenas a relutância de fazer algo, mas sim, a experiência de conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes” (Nunes & Castro, 2011 cit in Tomás *et al.* 2020, p.5).

Este conceito pode ser designado como motivação oscilante, comumente vista como a pessoa que tem o desejo de fazer algo, de mudar algo relativamente ao seu desadequado comportamento e/ou situação desagradável, mas que por outro lado deseja fazer nada, deixando tudo tal e qual como se encontra (Jungerman & Laranjeira, 1999; Nunes & Castro, 2011 cit in Tomás *et al.* 2020).

Embora seja considerada normal, a ambivalência é um marcante empecilho motivacional, de difícil resolução isto porque, o conflito apresenta dois lados, sendo que cada um tem os seus prós e contras, daí a importância de trabalhar com a pessoa a suas motivações e os seus valores intrínsecos (*idem*).

A ambivalência deve ser considerada como normal/habitual e compreensível, e para se lidar com a mesma, deve-se compreender como esta atua na pessoa e o que compõe o conflito, assim como as suas motivações e expectativa as face à

mudança. Atuar sobre a ambivalência implica ter o conhecimento de como é que a pessoa se encontra ligada ao comportamento, encontrando-se impedida de mudar, assim como os seus valores pessoais, as suas expectativas, a sua autoestima, o seu contexto social, os seus sentimentos, os seus interesses pessoais, as suas crenças, como tudo isto junto influencia o conflito aproximação-evitamento que a pessoa está sujeita (idem).

Para a EM com o adolescente ter sucesso, há que estabelecer uma relação de confiança e terapêutica, pois permite que o jovem se sinta acolhido e se sinta à vontade para verbalizar o seu problema sem julgamentos. Isto só é possível através da empatia, promovendo a autonomia e liberdade de escolha e eficácia do jovem, e aplicação de escuta reflexiva assim como a não-confrontação, que reduz um comportamento de resistência e a argumentação.

De acordo com Miller & Rollnick (2002), a EM assenta em quatro princípios básicos:

- * Expressar empatia – nos atendimentos que realizei, a empatia encontrou-se sempre presente pois através da mesma foi criado o vínculo terapêutico. Sendo empática, fluía com cordialidade e autenticidade, tentado compreender o ponto de vista do jovem, os seus receios, escolhas e expectativas, não criticando nem julgando, não pressionando nem confrontando. Ao ser empática, escutava o jovem ativa e atentamente, reformulando e devolvendo o que me dizia para que o próprio se pudesse escutar, expondo a ambivalência como sendo algo normal à experiência do processo da mudança.
- * Desenvolver a discrepância – nos atendimentos, os jovens devem tomar consciência das consequências do seu comportamento atual, através da criação da perceção da discrepância entre o mesmo e os seus valores, objetivos e prioridades para que se possam confrontar com a situação desagradável que vivenciam. Tendo essa consciencialização das prováveis consequências nocivas do seu comportamento, que podem entrar em conflito com os seus objetivos, a discrepância é desencadeada. Nos comportamentos de risco que os jovens apresentam, nomeadamente as relações sexuais desprotegidas, alguns não veem qualquer problema nestes comportamentos dando muitas vezes o discurso “*até agora nunca me aconteceu nada*”. Aqui a ambivalência nem sequer está presente pelo que é importante criar a discrepância para que esta possa surgir e que guie até à mudança. A

discrepância pode ser criada através de feedback clínico de exames médicos, se tal não for aplicável, cabendo-me informar o jovem das consequências negativas do seu comportamento, utilizando estratégias emocionais e ajudando-o a encontrar motivos/razões para a sua mudança, mas nunca impondo a mesma. No caso do sexo desprotegido, o/a jovem era informado sobre as possíveis IST, algumas graves e crônicas e também da elevada probabilidade da ocorrência de uma gravidez indesejada. Quando surgem expressões de mudança, é importante encorajar e apoiar.

- * Fluir com a resistência, evitando discussões – quando o/a jovem se apresenta resistente, não se deve adotar uma postura de oposição/confrontação, que pode originar uma discussão e afastá-lo da mudança. Então, o jovem deve ser convidado a ouvir/conhecer novas perspectivas sem que estas sejam impostas e posteriormente, envolvê-lo na pesquisa de novas soluções e respostas ao seu problema. Mesmo não concordando com o seu ponto de vista e/ou opinião, jamais devo rotular ou categorizar a pessoa que tenho aos meus cuidados.
- * Promover a autoeficácia – Bandura foi quem descreveu, pela primeira vez, o conceito de autoeficácia que se refere “à crença de uma pessoa na sua capacidade para realizar ou ter êxito numa tarefa específica” (Bandura, 1977; Bandura, 1982; Miller & Rollnick, 1991 cit in Tomás *et al.* 2020). A autoeficácia é fulcral no processo de motivação para a mudança, sendo um bom preditor de sucesso da mudança. Para que isso aconteça, o/a jovem tem de ter confiança nas suas capacidades para enfrentar o problema e entender que só ele/ela o pode fazer, sozinho/a mas que poderá ter o apoio do enfermeiro. Uma maneira que costuma resultar com os jovens (mas não só), pela parte do enfermeiro, é encorajá-los pelo sucesso obtido pelos outros, ou seja, utilizando exemplos/estimativas de resultados satisfatórios obtidos noutros jovens com problemática idêntica.

Ao longo das entrevistas que realizei, estes fatores estiveram presentes, devido à sua importância e nos resultados que apresentam. Quando o/a jovem iniciava a mudança, mas sem sucesso, dei sempre o reforço positivo pela sua iniciativa/tentativa, enaltecendo os aspetos positivos e como poderiam ser utilizados no delineamento de uma nova tentativa de mudança.

Com sucesso, consegui que a maioria dos jovens se sentisse à vontade para formularem o seu pedido de ajuda, no entanto, existiram momentos em que os senti

à espera que lhes desse a solução, quando o que fiz foi apresentar diferentes alternativas para que fosse o próprio a definir o seu caminho e que encontrasse em si as razões da mudança.

O acrónimo HEADSS refere-se a tópicos relevantes sobre o adolescente e seu meio envolvente, de extrema importância na entrevista: **H – HOME**; **E – Education & Employment**; **A – Activities**; **D – Drugs**; **S – Sexuality**; **S – Suicide/Depression** (Goldenring & Cohen, 1988).

O profissional de saúde que lida com adolescentes deve realizar uma história psicossocial apropriada e completa do jovem. Em 1972, no Children's Hospital em Los Angeles, Dr. Cohen redefiniu um sistema organizacional da história psicossocial que outrora tinha sido desenvolvido no mesmo ano pelo Dr. Harvey Berman de Seattle.

Este sistema tem sido utilizado com sucesso a nível mundial nos cuidados de saúde ao adolescente. Este método estrutura questões de forma a facilitar a comunicação e a criar um ambiente de empatia, confidencialidade e respeito, para que os adolescentes alcancem os cuidados de saúde adequados (Goldenring & Cohen, 1988).

Para duas adolescentes que acompanhei foi utilizada a técnica de *mindfulness*, com foco na redução da ansiedade.

Seja em situações de ansiedade, sofrimento e *stress*, esta técnica pode ser implementada pois uma das suas grandes vantagens é ajudar a pessoa a ter uma melhor reação aos seus acontecimentos de vida, ajudando igualmente na melhoria da sua autoeficácia (Gonçalves, 2014 cit in Presa, 2020).

Este autor refere que as estratégias do *mindfulness* capacitam a pessoa para lidar com as adversidades do quotidiano, trazendo o foco da sua atenção para a vivência imediata, reduzindo o nível de ansiedade e potencializando o afeto positivo.

O *mindfulness* tem a vantagem de ser um método não farmacológico que tem sido eficaz na diminuição da ansiedade e na prevenção de episódios no futuro (Presa, 2020).

Nas últimas décadas, vários estudos epidemiológicos (Kashani & Orvaschel, 1988; Parker & Roy, 2001; Hayes, Bach, & Boyd, 2010 cit in Queimado, 2013), têm apurado um incremento de problemas do foro da saúde mental na infância e na adolescência, como a depressão e a ansiedade. O *mindfulness* tem sido integrado na promoção de saúde e tratamento com uma crescente recetividade no contexto da

saúde mental de forma a promover o bem-estar e consequente redução da sintomatologia psicopatológica.

Igualmente no que concerne ao tratamento na área de saúde mental, um estudo realizado com crianças com sintomatologia ansiosa, implementado em contexto escolar, em que as terapias cognitivas baseadas no *mindfulness* foram aplicadas, observou-se uma diminuição dos sintomas e melhor desempenho académico (Millar, Behrens e Greene, 1993 cit in Campos, 2019).

Hervás *et al.* (2016 cit in Miguel & Ruiz, 2020, p.266) referem que são vários os estudos aplicados, encontrados na literatura científica que sugerem “a sua utilidade e eficácia no tratamento de doenças físicas e numa variedade de transtornos mentais, tanto na população adulta quanto na infantil”.

As intervenções foram bem aceites pelas jovens, no entanto, referem que não sentiram diferença em si. Uma das adolescentes, num dos momentos de atenção aos pés (de acordo com a atividade realizada), referiu que ao se focar nos pés, lhe fez recordar um episódio menos positivo na sua infância, o que pode ter prejudicado a sua capacidade de relaxar.

Desta situação retiro que, apesar do *mindfulness* já se encontrar a ser aplicado em crianças e adolescentes, ainda se tem um longo caminho a percorrer relativamente à sua eficácia e resultados com estas faixas etárias.

A pedido da equipa de enfermagem do projeto do centro, foi realizada uma sessão de *mindfulness*, com bastante sucesso, tendo diminuído os níveis de ansiedade das enfermeiras, e proporcionado relaxamento.

4.1 Mindfulness e Intervenção Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

O meu conhecimento sobre *mindfulness* surgiu em 2016, numa formação realizada por uma enfermeira a realizar o curso de EESMP, sobre a sua aplicabilidade a clientes com perturbação psiquiátrica. Desde então decidi pesquisar, conhecer mais sobre esta técnica (através de pesquisa bibliográfica, observação de vídeos), sobre a sua origem, no que consistia, a sua versatilidade, os seus resultados e posteriormente decidi, autodidaticamente e para mim, e depois para colegas do meu atual serviço, realizar as sessões que os autores Williams & Penman (2015) descreveram no seu livro “Mindfulness, Atenção Plena”, que tem por base um programa de Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) e Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Kabat-Zinn (2010) refere que é um plano “coerente, convincente e sensato, destinado a qualquer pessoa que se preocupe com a saúde e sanidade (...)” (Williams & Penman, 2019, p. 8).

Aliado aos conhecimentos relativamente à ansiedade e *stress* e estratégias de redução e/ou controlo que fui adquirindo ao longo do meu percurso profissional na área da Saúde Mental e Psiquiátrica e no presente curso de Mestrado e Especialização, à sua fácil aplicabilidade e aos estudos que comprovam a sua eficácia, decidi utilizar esta estratégia neste contexto de estágio. No entanto, reconheço que, querendo-me dedicar ao desenvolvimento e posterior aperfeiçoamento desta técnica, ainda tenho um longo caminho a percorrer (estando já inscrita para um curso de MBSR).

O *mindfulness* tem vindo a ganhar visibilidade e credibilidade ao longo dos últimos anos, já se encontrando publicado em capítulos de livros dedicados à Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

No âmbito da saúde mental, para uma pessoa que esteja a sofrer qualquer tipo de desequilíbrio/perturbação mental, a presença do enfermeiro é (um) elemento crucial para o ajudar (Kabat-Zinn, 2013).

A prática de *mindfulness* ajuda o profissional a despertar um interesse em saber, entender e compreender os sentimentos e necessidades dos clientes e família, desenvolvendo a capacidade de conseguir estar total e globalmente presente com a atenção focada no outro e/ou na sua família (idem).

Dentro do *mindfulness*, o programa psicoeducativo de MBSR, que visa a redução de sintomas de ansiedade, *stress* e depressão, fortalecendo as funções imunológicas e o autocontrolo emocional e restabelecendo o equilíbrio, se aplicado pelo EEESMP, pelos seus conhecimentos sustentados por forte evidência científica, aumenta a eficácia das suas ações de promoção e prevenção em saúde (Williams, Simmons & Tanabe, 2015 cit in Gherardi-Donato, Fernandes, Scorsolini-Comin & Zanetti, 2019). De acordo com estes autores, a aplicabilidade deste tipo de intervenção contribui para o evitamento de surgimento de sintomatologia decorrente do *stress* prolongado que a pessoa experiencia, isto à medida que o enfermeiro vai orientando a pessoa a reconhecer as respostas negativas a esse *stress* contínuo e facultando recursos para que a pessoa possa quebrar o impacto negativo dessas respostas.

A atenção plena, a consciência do presente momento, a empatia e compaixão que surgem da prática de *mindfulness*, encontram-se relacionados e são importantes fatores na interação com o sofrimento do outro (Gherardi-Donato, Fernandes, Scorsolini-Comin & Zanetti, 2019). Tendo em conta que a compaixão e empatia são características indispensáveis ao EEESMP na relação terapêutica, que para além destas características, este possui uma relação de proximidade com os clientes, reconhecendo situações potenciadores de *stress*, delineando estratégias para enfrentá-las e intervir na redução dos fatores *stressores* e efeitos gerados, a utilização de intervenção baseada em *mindfulness* aplicada por um EEESMP pode ser benéfico para o cliente (idem).

Para além do MBSR, existe o programa MBCT, desenvolvido por Segal, Williams e Teasdale, com o objetivo de centrar a sua intervenção na pessoa com depressão. Este programa foi desenvolvido tendo por base o MBSR, sendo a maior diferença a inclusão de princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Segal, Williams & Teasdale, 2013). O MBCT, definido por Tickell *et al.* (2020), é uma intervenção psicossocial em grupo compreendendo a meditação *mindfulness* e TCC.

Tendo em conta o supracitado e o que a OE cita sobre a competência do EEESMP para prestar “cuidados de âmbito **psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional**” (Regulamento n.º 129/2011 cit in OE, 2018, p.7), sendo que as suas intervenções do EEESMP vão contribuir para a adequação das respostas da pessoa e família relativamente aos problemas específicos que estão relacionados com a perturbação mental, com o desígnio de evitar o agravamento e/ou descompensação da atual situação e posterior desinserção social da pessoa, e promoção da recuperação e sua qualidade de vida, assim como da sua família (OE, 2015 cit in OE, 2018), a utilização do *mindfulness* pode ser aplicada como intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no entanto, ainda são poucos os estudos realizados nesta temática.

5. Aquisição e Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao longo deste percurso, foram trabalhadas e posteriormente adquiridas e desenvolvidas, as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) bem como as competências do EEESMP.

De acordo com a OE (2019), estão definidas quatro domínios e competências comuns ao EE, passando a desenvolver cada um deles de seguida.

A — Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

Esta competência foi de extrema importância ao longo dos estágios devido à proteção de dados, privacidade, confidencialidade, dignidade e respeito pelos direitos humanos. Ao longo dos mesmos, houve sempre um profundo respeito por cada recluso, por cada jovem, assim como nunca houve um esquecimento do meu papel como enfermeira.

Estes reclusos que se encontram mentalmente doentes quase sempre são marginalizados e insultados, seja pelo comum civil, seja mesmo por alguém da área da saúde, havendo uma completa despersonalização e desrespeito por aquele ser humano. Pude observá-los, conhecê-los e vê-los como pessoas detentoras dos seus direitos.

A personalização do plano de cuidados foi implementada para cada cliente e em parceria com este, priorizando a sua unicidade e primando pelos melhores cuidados de enfermagem.

É a competência basilar para as tomadas de decisão e que fomenta a reflexão sobre as mesmas.

B – Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:

Esta competência foi desenvolvida tendo por base uma profunda pesquisa bibliográfica que sustentasse as intervenções idealizadas e posteriormente implementadas. Esta pesquisa permitiu que as intervenções fossem com base em evidência científica, o que resultou em resultados de qualidade. No entanto, permitiu igualmente que conseguisse avaliar as melhorias que deveriam de ser feitas, quer no meu plano de intervenção, quer na minha atuação.

A continuidade deste projeto no contexto prisional seria de uma mais-valia, quer para mim como enfermeira, podendo me continuar a dedicar firmemente a este plano

de intervenção e para os reclusos, podendo ser obtidos resultados mais positivos na relação entre pares e de grupo.

C – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados: A criação de relações terapêuticas, com base na confiança e respeito pela individualidade, e gestão do ambiente terapêutico garantiu o bem-estar dos reclusos e jovens, de acordo com a OE que refere a promoção de “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (2019, p. 4747). O conhecimento sobre cada instituição e sua funcionalidade, assim como a excelente integração nas equipas de cada local de estágio, a participação ativa nas atividades, permitiu o desenvolvimento desta competência no sentido da adaptação e articulação do plano de intervenção a cada contexto e adesão dos participantes às intervenções e cuidados prestados. Todo este processo, assim como a realização de um estudo de caso (no meio prisional), possibilitou o desenvolvimento deste domínio da gestão dos cuidados.

D – Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: Se houve algo que sempre mantive presente foi a consciência de mim enquanto pessoa e profissional, passível de mutação ao longo dos estágios. E sim, foi sendo desenvolvida e maturada, sendo um processo contínuo pelas diferentes experiências que nos surgem ao longo do nosso percurso. Considero que esta competência é o apogeu da nossa vida, pessoal e profissional. O que fui ontem não é o que sou hoje e amanhã não serei o que sou hoje.

Uma pesquisa bibliográfica, baseada na evidência, foi fulcral para que o processo de tomada de decisão e todas as intervenções fossem válidas, pertinentes e atuais, desenvolvendo a capacidade de investigação.

6. Aquisição e Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Fazendo uma retrospectiva sobre as atividades realizadas e a minhas aprendizagens ao longo deste meu percurso realizado até, considero ter desenvolvido as competências propostas, as competências específicas em ESMP.

De acordo com as competências do EEESMP definidas pela OE (2018), passo a apresentar as atividades realizadas para que assim fosse possível atingi-las:

F1 – “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processo de autoconhecimento, e desenvolvimento pessoal e profissional”:

De acordo com a OE (2018), esta competência refere-se à capacidade de autoconhecimento e evolução pessoal que o enfermeiro desenvolve através da sua interação e ação no âmbito da prática. Um enfermeiro com esta capacidade de conhecimento de si, é fundamental para a atuação na área da Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da construção de uma relação terapêutica e desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas.

Apesar de (saber) lidar com clientes portadores de perturbações mentais, nada me havia preparado para o que iria encontrar em meio prisional. Prestar cuidados a pessoas com doença mental mas criminosos que espancaram, que violaram, que mataram é de um grande autoconhecimento e consciência de si. Independentemente do motivo que os levou ao encarceramento, são pessoas que estão doentes e necessitam de ajuda. O autoconhecimento e desenvolvimento profissional e pessoal decorridos ao longo do curso e da minha vida enquanto enfermeira e ser humano, muscularam a minha capacidade de não julgamento, de não tecer juízos de valor, de não esquecer, acima de tudo, do meu papel como profissional, tendo sido uma mais-valia para este contexto no entanto, não posso ser hipócrita e negar que em momento algum fiz condenações morais no meu pensamento mas, como referi anteriormente, nunca me esqueci do meu papel enquanto enfermeira, dedicada e empenhada em prestar os melhores cuidados a estes clientes inseridos num meio com tão pouca visibilidade e investimento.

Enorme o orgulho pela escolha e passagem por este de campo de estágio, da minha perseverança, por ter contrariado vozes de terceiros que disseram “o quê,

prisional? Não vais aprender nada! (...) que horror ir para o prisional...”. Horror pela monstruosidade de aprendizagens que obtive com cada pessoa que se cruzou no meio caminho.

Esta competência no contexto comunitário teve um diferente impacto por assim dizer. Estava fora da minha zona de conforto, o local atravessava dificuldades, eu tinha receio a nível comunicacional e relacional com o jovem, receio de encarar o seu sofrimento e me rever ao espelho. Ao longo do estágio, sempre humilde e com autocrítica para reconhecer e verbalizar receios, dúvidas e inseguranças. Para reconhecer que me revii na vivência de uma jovem e que, através desta primeira competência, foi possível a separação entre o EU profissional e o EU pessoal, dando continuidade à entrevista e cuidados sem processos de transferência e contratransferência.

Esta competência foi a mais desenvolvida, marcante ao longo dos estágios. O seu desenvolvimento foi conseguido através de inúmeros momentos de reflexão, seja auto ou conjunta com os pares tutores.

Estas reflexões permitiram modificar e/ou adequar o meu agir profissional e capacitaram-me de estratégias de relação interpessoal em grupo ou individual, assim como me dotaram de uma maior segurança e serenidade na relação com o outro. Foi desenvolvido o conhecimento e domínio de técnicas e habilidades do Ser Enfermeira: Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer.

F2 – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”:

A OE (2018) descreve esta competência como uma pesquisa e colheita de informação fulcral e pertinente que permita o enfermeiro compreender o estado de saúde mental dos clientes, e assim atuar seja na promoção e proteção da saúde mental e/ou na prevenção da perturbação mental. Para tal, requer um processo de avaliação que demanda a mobilização de habilidades comunicacionais, uma capacidade de sensibilidade linguística e cultural, aptidões de técnicas de entrevista, de observação comportamental, de retificação dos registos, assim como uma ampla avaliação do cliente e dos seus sistemas de maior relevo.

Esta competência iniciou-se, por assim dizer, com o diagnóstico de situação nos dois contextos, com o objeto de levantamento das necessidades das diferentes populações e assim delinear e planear as intervenções de maneira a construir um

plano de intervenção. Foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica para sustentação das intervenções planejadas. Foi igualmente (ou ainda mais) importante reforçar estratégias comunicacionais que aliadas à genuinidade, confiança, empatia e respeito pelo outro, permitiram que criasse relações terapêuticas de sucesso. Em contexto comunitário, para continuar o desenvolvimento desta competência, fiz uma profunda pesquisa sobre a temática “adolescência”, no sentido de conseguir dar, com uma postura de confiança, uma resposta eficaz e assertiva a esta população.

Em suma, esta competência desenvolveu o meu “olho clínico” (intuição e raciocínio clínico), vendo e conhecendo o cliente e todo o seu meio envolvente, identificando as suas necessidades e sabendo atuar, seja na promoção e proteção da saúde mental, seja na prevenção da perturbação mental.

F3 – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”:

A terceira competência definida pela OE (2018) refere-se à capacidade de sistematização e análise dos dados obtidos assim como a determinação dos diagnósticos e respetivos resultados esperados na área da Saúde Mental e Psiquiatria, por parte do enfermeiro. Após estas etapas, que envolvem pensamento crítico, o enfermeiro pode planear, desenvolver e negociar, junto do cliente e restante equipa de saúde, o seu plano de cuidados. Esta competência refere-se igualmente aos cuidados baseados na evidência no âmbito da promoção, proteção da saúde mental, da prevenção da perturbação mental, na redução do desenvolvimento de futuras complicações, promovendo a funcionalidade e autonomia e qualidade de vida da pessoa, de acordo com o ciclo vital, tendo como cerne as respostas do cliente face a contrariedades de saúde, sejam reais ou potenciais. A função de gestor de caso/enfermeiro de referência permite a coordenação de cuidados de saúde, assegurando a sua continuidade, agregando as necessidades apresentadas pelo cliente e equipa, visando a otimização dos cuidados.

Esta competência foi mais desenvolvida através de intervenções individuais e respetiva realização do estudo de caso, proporcionado suporte à reclusa no contexto da ansiedade e tristeza pelo encarceramento, no meio prisional. Para a realização do estudo de caso, foi necessária uma extensa e rica colheita de dados relativamente à reclusa para que fosse elaborado um plano de cuidados individualizado, de acordo

consigo. Este plano de cuidados englobou intervenções de nível primário (evitar processos de desadaptação por eventual conflito com terceiros, pelo encarceramento, pela mudança de EP – alterações do seu equilíbrio), secundário (recuperação da adaptação – sintomatologia presente devida às adversidades anteriormente citadas) e terciário (manutenção da adaptação – estratégias de *coping* para manter o equilíbrio e bem-estar).

No âmbito comunitário, apesar de pouco tempo, ter tido duas jovens de referência possibilitou-me o desenvolvimento desta competência, conseguindo fazer um acompanhamento mais contínuo das jovens, identificando as suas necessidades e criando um plano de intervenção especializado, com foco na promoção e proteção da saúde mental.

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

Esta competência refere-se à mobilização dos diferentes tipos de cuidados – psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e socioterapêuticos após a implementação do leque de intervenções que foram identificadas para o plano de cuidados da pessoa, de forma que esta seja ajudada a alcançar o equilíbrio, seja na recuperação da sua saúde mental, seja na sua reabilitação psicossocial. Isto envolve diferentes capacidades do enfermeiro como a de interpretar e criar estratégias individuais através de “atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018, p. 21430).

No contexto prisional, foi feita uma planificação e respetiva implementação das sessões psicoeducativas e de relaxamento aos reclusos, fomentando a partilha e aprendizagem nas primeiras e libertação de alguma tensão, assim como o ganho de consciência de si nas segundas e assim, conseguir diminuir a incidência de comportamentos de agressividade impulsiva. Este plano interventivo teve como finalidade, para além do anteriormente referido, ajudar os reclusos no reconhecimento de ações que podem espoletar comportamentos de agressividade impulsiva, capacitando-os de estratégias para prevenção e gestão dos mesmos, promovendo um melhor ambiente na sua “sociedade” No período natalício foram realizadas

intervenções psicoterapêuticas – trabalhos manuais – aumentando o meu leque de conhecimentos e capacidades relativamente a este tipo de técnicas nestes clientes, observando os resultados positivos que apresentam seu no bem-estar.

No contexto da comunidade, as intervenções implementadas tiveram como objetivo ajudar, orientar e apoiar os jovens para que atingissem níveis satisfatórios de equilíbrio da sua saúde mental, promovendo um bem-estar individual e social.

Em suma, esta competência foi bastante desafiante tendo em conta todos os percalços surgentes em ambos os contextos pois fez-me desenvolver a minha resiliência e através desta, foi possível pesquisar novas fontes bibliográficas, mobilizar os diferentes tipos de cuidados e adaptá-los aos recursos de cada contexto, mantendo sempre o foco do bem-estar do cliente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso ao longo destes estágios foi rico, desafiante e persistente. Proporcionou-me um enorme leque de conhecimentos, desde teóricos, científicos, mas acima de tudo, de conhecimentos partilhados por quem prestei cuidados. Riqueza que envolveu o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMP.

No entanto, este foi um percurso com vários obstáculos, tendo sido alguns mais facilmente ultrapassados, sendo que um obstáculo se manteve sempre presente: a pandemia. No contexto prisional, aliado ao horário realizado ter sido maioritariamente o período da tarde, a pandemia fez diminuir o número de recursos humanos no núcleo dos guardas prisionais para visionar intervenções na população masculina assim como impossibilitou a realização de atividade grupal. Com todos estes entraves colocados ao projeto inicial, tive de readaptar. E no contexto da comunidade, com todas as dificuldades que o centro em si atravessava, mais uma vez tive de fazer uma readaptação às minhas intervenções. Em ambos os contextos, tive de ser resiliente. Resiliência, a palavra que mais define este percurso.

Das várias competências do perito (Benner, 2001), fui aperfeiçoando a capacidade de compreensão do que o cliente partilha, facilitando a análise de predição dos potenciais comportamentos de agressividade impulsiva, possibilitando uma gestão de intervenção adequada e especializada e não soluções mais coercivas. Devido ao número significativo de horas que os reclusos passam fechados nas enfermarias, dificulta a identificação do risco da possível ocorrência de situações de agressividade. De acordo com Benner (2001, p.194), as intervenções desenvolvidas tiveram por base um “cuidado genuíno, (...) um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem”.

De extrema importância foi trabalhar a relação terapêutica, quer com o recluso, quer com o jovem. Chalifour (2008) refere que o profissional de saúde deve possuir uma vasta gama de conhecimentos gerais, bom autoconhecimento, saber-fazer e saber-estar diversos para facilitar a adaptação ao pedido de ajuda, habilidades e conhecimentos de forma a dar resposta adequada às necessidades diferenciadas da pessoa. Para Phaneuf (2015, p.13) “a relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana”. Santos & Cutcliffe (2018 cit in Chalifour, 2008) referem que os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica possuem um importante

papel fundamental no processo terapêutico, podendo ser uma valiosa “ferramenta terapêutica” na relação de ajuda e proporcionar um modelo de mudança.

A visão holística do outro tomou uma enorme proporção ao longo deste percurso, a compreensão de todas as suas vertentes biológica, psicológica, socioeconómica, familiar e espiritual. Não desfazendo nas outras áreas mas esta característica é de extrema importância em Saúde Mental e Psiquiatria. A grande ferramenta que o EEESMP possui é a relação terapêutica. Chalifour (2008) menciona que uma relação terapêutica que tenha por base a atenção à unicidade e meio envolvente da pessoa, o autoconhecimento do enfermeiro, a capacidade de reflexão conjunta sobre o pedido de ajuda e a colocação ao dispor de diferentes recursos, proporciona ao cliente, condições mais favoráveis para enfrentar as adversidades, para dar resposta às suas necessidades e para o cliente evoluir de acordo com a natureza, pois sentir-se-á valorizado.

Considero que o trabalho realizado no contexto prisional foi de uma notável importância, tendo sido observado o efeito positivo das intervenções nos clientes, no entanto, por um curto espaço de tempo. Defendo firmemente que isto é um trabalho começado, mas não acabado, necessitando de uma continuidade pois estes clientes precisam deste tipo de intervenções com mais frequência, havendo assim uma maior probabilidade de redução dos comportamentos de agressividade impulsiva.

As competências do EEESMP não digo que as adquiri mas sim que foram sendo desenvolvidas e aprimoradas ao longo de todo este percurso de aprendizagem, assim como continuarão a ser durante toda a minha jornada profissional. Este percurso permitiu-me, através do desenvolvimento destas competências, desbloquear novas perspetivas do cuidar.

Todo este percurso, mesmo com os seus períodos de turbulência, foi bastante estimulante e de uma riqueza que não tem descrição possível. O contacto com o cliente foi-se tornando mais espontâneo e com segurança, graças à personalização do mesmo e ao estabelecimento de uma relação de confiança, frutos do crescimento enquanto enfermeira.

A reflexão sobre a prática permite a exploração do EU assim como a aquisição e desenvolvimento das competências, pois é através da reflexão que tomamos consciência da nossa postura, atos e ações e assim, associar a parte teórica com a parte prática da enfermagem. A minha capacidade de reflexão sobre a minha postura e desempenho ao longo deste caminho, permite-me avaliá-los e assim, reconhecer e

aprender com os meus erros para que futuramente não se voltem a repetir. Mas não é só com os erros que se aprende, os sucessos são igualmente fonte de aprendizagem. E é esta reflexão e avaliação do meu desempenho, do impacto e valor das minhas intervenções que me fazem crescer como enfermeira e pessoa.

O percurso ficou ainda mais opulento pela felicidade, digamos assim, de me ter cruzado com excelentes profissionais, que depositaram em mim um tremendo e vasto conhecimento sobre esta assombrosa área que é a Saúde Mental e Psiquiátrica. Para além do conhecimento que me inundaram, abriram-me as portas para novos horizontes, dando-me uma visão mais ampla e real do outro, de mim, do ambiente que nos rodeia, deram-me a mão e nunca a largaram e, de uma forma exigente mas saudável, ajudaram-me a crescer.

A área da Saúde Mental é transversal a qualquer ciclo vital assim como a qualquer área de intervenção e, por ter abraçado esta especialidade, me ter moldado e desenvolvido na e com a sua essência, sinto-me mais completa e competente como enfermeira para dar resposta em qualquer área, e mais abonada como pessoa.

Este percurso deu partida a uma nova etapa, a de EEESMP, etapa essa que está, no bom sentido, longe de ter um fim pois cada dia, cada pessoa, cada intervenção é uma aprendizagem...

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. P. L. (2011). Relatório de Mestrado. Acedido em: 19-10-2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8872>
- Almeida, S., & Jesus, S. (2017). A psiquiatria e a psicologia em meio prisional: aspectos gerais. In A. Cabral, C. Saraiva, & F. Vieira, *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 491-506). Lisboa: Pactor.
- Almeida, S., & Jesus, S. (2017). A psiquiatria e a psicologia em meio prisional: quadros clínicos, circunstâncias particulares e programas específicos. In A. Cabral, C. Saraiva, & F. Vieira, *Manual de Psiquiatria Forense* (p.507-518). Lisboa: Pactor.
- Almvik, R; Woods, P. (2003) - Short-term risk prediction: The Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. ISSN: 1365- 2850. Vol. 10, Vol. 2, p. 236–238.
- Amado, B., Novo, M., & Pereira, V. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14, 2, 113-128
- Amaral, A. C., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional In Sequeira, C & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental* (p.174-179). Lisboa: Lidel
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A técnica da entrevista motivacional na

adolescência. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, Volume 15, Nº 2, 127-139 DOI: 10.1590/S0103-56652005000200010

Benavente, R. (2002). Delinquência juvenil. Da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica* (2002), 4 (XX): (637-645)

Benner, P. (2001) De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores

Brandes, D., & Phillips, H. (2006). Manual de Jogos Educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupos. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Buss, A., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452 – 459.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda (vol 1). Loures: Lusodidacta.

Campos, A. C. (2019). A influência das técnicas de mindfulness no comportamento em sala de aula, na ansiedade e no empenho académico. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa – Departamento de Psicologia. Disponível em <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4597/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Catarina%20Campos.pdf>

Charfadi, M. (2017). Aggression, impulsivity, and symptom severity: an examination of risk factors for violent behaviors". Theses and Dissertations. 2463.

Clarke, D., Brown, A.; Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17 (7), 614–620.

- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência: O Triunfo do Pensamento e a Descoberta do Amor*. Climepsi Editores, 2002.
- Coloma, V., Pérez, J., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35, 2, 117-130
- Cunha, S. (2011). *Entrevista Motivacional e a Cessação Tabágica nos Adolescentes*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72228/2/29100.pdf>
- Damas, F., & Oliveira, W. (2013). A Saúde Mental nas Prisões de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5, 12, 1-24.
- Dell'Aglio, D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP—2003*, Vol. 11, no 1, 38–45
- Department of Health (2013). *Nursing observation and the assessment and immediate management of suicide, self-harm, aggression and absconding risks in psychiatric inpatient units. A review of literature*. Published by The Mental Health, Drugs and Regions Division, Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2016). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª ed.) Lisboa
- Drach–Zahavy, A., *et al.* (2012) Control: patients aggression in psychiatric settings. *Qualitative Health Research*, 22, 43–53. DOI: 10.1177/1049732311414730
- Gherardi-Donato E, Fernandes M, Scorsolini-Comin F, Zanetti A. (2019). Mindfulness: reflexão sobre limites e potencialidades para a assistência de enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM*. vol.9, e52: P1-21. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769233058>
- Goldenring, J, Cohen, E (1988). Getting into adolescents heads. *Contemporary Pediatrics*, July: 75-80.

- Gonçalves, R. A. (2005). Stress e vitimação em meio prisional: Dos crimes aos castigos. In A. M. Pinto, & A. L. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 134-149). Lisboa: Climepsi.
- Haney, C. (2012). The Psychological Effects of Imprisonment. In J. Petersilia, & K. Reitz, *The Oxford Handbook of Sentencing and Corrections* (pp. 1-25). Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199730148.013.0024
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.
- Ireland, J. L. (1999). Bullying behaviors among male and female prisoners: A study of adult and young offenders. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 25(3), 161-178.
- Ireland, J. L. (2002). Official records of bullying incidents among young offenders: what can they tell us and how useful are they? *Journal of adolescence*, 25(6), 669-679.
- Jansen, G., Dassen, T. & Jebbink, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Nº 12. Pág. 3-13. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00772.x.
- Lisboa, C., Braga, L. L., & Ebert, G. (2009). O fenómeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, 2(1), 59-71.
- Marques, A. M. (2010). Esquemas mal-adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusas. *Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/118930>*
- Marques, M., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S. & Neves, G. (2015). Assessment of the Risk of Violence in Portuguese Psychiatric Settings Using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*. Vol. 5(5). Pág. 360-370. DOI: 10.17265/2159-5526/2015.05.004

- Mathias, C. W., Stanford, M. S., Marsh, D. M., Frick, P. J., Moeller, F. G., Swann, A. C., et al. (2007). Characterizing aggressive behavior with the Impulsive/Premeditated Aggression Scale among adolescents with conduct disorder. *Psychiatry Research*, 151, 231-242.
- Matos, M. Equipa Aventura Social. (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão – Dados nacionais do estudo HBSC 2018.
- Melo, L., Oliveira, K. & Vasconcelos-Raposo, J. (2014). A educação física no âmbito do tratamento em saúde mental: um esforço coletivo e integrado. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, 17 (3), 501-514
- Mendonça, J. (2019). Violência entre Pares – Especificidade do contexto prisional. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira. Disponível em https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/3081/1/Viol%C3%AAsncias%20entre%20pares_Especificidades%20do%20contexto%20prisionalJM.pdf
- Moreira, S. (1994). Vidas encarceradas: Estudo sociológico de uma prisão masculina. Lisboa: Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais do Centro de Estudos Judiciários.
- Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.
- Mouchabac, S. (2009). Comportements impulsifs, agressivité et oxyde nitrique. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 36, p.19 – 28.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Needham, I. (2004). A nursing intervention to handle patient aggression: the effectiveness of a training course in the management of aggression. Universiteit Maastricht.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5.^a Ed.). Estados Unidos da América: Pearson Education

OPSS. (2014). Saúde Síndrome de Negação. Relatório da Primavera. Acedido em: 06-10-2020. Disponível em:// <http://www.observaport.org/rp2014>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadrão_documentação_enfermagem-saúde-mental-e-psiquiátrica_auscultação_vf.pdf

Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de Saúde (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda, e Validação Loures: Lusociência.

Queimado, P. (2013). Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação de Viseu. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2265/3/projeto%20FINAL%20PAULA.pdf>.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (Nº 26 de 6 de Fevereiro). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (Nº 151 de 7 de agosto de 2018). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ribeiro, C. M. (2017). Impulsividade, Culpa e Características de Personalidade em Indivíduos presos por cometerem Crime Passional - Estudo Comparativo. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior.

Richards, S. & Schub, T. (2017). Workplace Violence: Assault by Patients. Nursing Reference Center. Acedido em 28-10-2020. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=16707436-7fc1-45dd-a44e-9ceff733ece5%40sessionmgr4009>.

Richter, D. & Whittington, R. (2006). *Violence in Mental Health Settings – Causes, Consequences, Management*. USA: Springer Science + Business Media, LLC.

Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.) (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centered Evidence-Based Approach*. Suíça: Springer International Publishing.

Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Second Edition. New York: The Guilford Press.

Seena Fazel, J. D. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *THE LANCET*, 359.

Sequeira, C. & Sequeira, A. (2016). *Comunicar com a Criança e o Adolescente*. In Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. (1ª ed.) Lidel. Lisboa

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII (3), 387-404.

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the Psychology of Bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *American Psychologist*, 70, (344-353).

Tavares, H., & Alarcão, G. (2007). *Psicopatologia da Impulsividade* in Cordás, T. A., Tavares, H. & Abreu, C. N. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos* 19-36. Artemed Editora.

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 89-111.

Teixeira, J. (2004). Saúde Mental nas Prisões. Volume VI Nº 2 7-10 Março/Abril.

The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (2015). Violence and Aggression – Short-term management in mental health, health and community settings. Londres

Tickell, A. *et al.* (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness* 11, 279–290. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9>

Tomás, C. *et al.* (2020). Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação – Entrevista Motivacional. Escola Superior de Leiria. DOI: <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>

Tomey, A. E. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5.ª Edição, Lusociência, Loures

Toublanc, J.E. (2005) O modelo fisiológico: bases fisiológicas das transformações da adolescência. In Daniel Marcelli & A. Braconnier (2005) *A Adolescência e a psicopatologia*. Manuais Universitários. Lisboa: Climepsi.

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

Vieira, A. & Soeiro, C. (2002). Agressividade e psicopatia. *Temas Penitenciários*, 2 (8-9), 25-35.

Vilhena e Silva, F. (2012). Impulsividade, Orientação temporal, E sua relação com o desvio na adolescência. Tese de Mestrado em Psicologia. Disponível em <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2253/1/10056.pdf>

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). Manual de Psicoterapia de Grupo. Porto Alegre: Artes Médicas.

Williams, M. & Penman, D. (2015). Mindfulness – Atenção Plena. 17ª ed. Lua de Papel:
Alfragide.

APÊNDICES

**Apêndice I – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I) –
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional**

Plano da Sessão – Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I)

Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional

<p>Data – nas intervenções</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos</p> <p>Objetivos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Estabelecer relação terapêutica com o grupo; * Fomentar a partilha de experiências e vivências dos clientes; * Apresentar os conceitos de impulsividade e agressividade; * Compreender como os clientes expressam a sua agressividade impulsiva; * Desenvolver competências de ESMP na intervenção psicoeducativa grupal. 	<p>Local da Sessão: Estabelecimento Prisional.</p> <p>População-alvo: 5/6 clientes que cumpram os critérios de inclusão.</p> <p>Formadora: Margarida da Silva</p>
---	---

Etapas	Metodologia	Atividades a Desenvolver	Recursos Materiais	Tempo	Formador
Apresentação da Sessão/Acolhimento	Interativo Ativo	Dar as boas vindas ao grupo. Apresentar os objetivos da sessão e os objetivos do programa a desenvolver ao longo das 8 semanas.	Cadeiras dispostas em círculo	15 minutos	Margarida da Silva
Quebra-gelo	Participativo Interativo Ativo	Será utilizado um novelo de lã nesta sessão, que será passado, aleatoriamente e pelo ar, a cada elemento do grupo. Na 1ª passagem, o cliente apresenta-se, dizendo o seu nome; na 2ª passagem diz a sua idade e na 3ª refere um hobby. No fim, estará criada uma teia que será o espaço terapêutico, de confiança e partilha. Para além da criação da teia, a observação da forma e intensidade como o novelo de lã é	Cadeiras dispostas em círculo Novelo de lã	15 minutos	Margarida da Silva

		passado/arremessado, permite perceber quais os clientes mais ou menos impulsivos.			
Desenvolvimento	Participativo Interativo Ativo	Abordar os conceitos de impulsividade e agressividade, pedindo aos clientes que compartilhem as suas experiências e vivências relativamente a esta temática. Após a partilha, os conceitos serão explicados numa linguagem simples e clara, de modo a que os clientes consigam compreender e reter informação.	Cadeiras dispostas em círculo	15 minutos	Margarida da Silva
Avaliação (auto e hetero)	Participativo Interativo Interrogativo Ativo	Promover um debate relativamente à temática apresentada na sessão, validando se foi importante para os clientes abordar estes conceitos, com intuito de promover a reflexão relativamente a comportamentos de agressividade impulsiva.	Cadeiras dispostas em círculo	15 minutos	Margarida da Silva

**Apêndice II – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I) –
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional**

Gestão da Agressividade Impulsiva – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional (Parte I) Esta intervenção tinha como objetivo compreender a perspectiva e conhecimentos da cliente face ao termo “impulsividade” e “agressividade”.	Participantes (Mulheres – Intervenção Individual)	Partilha de Experiências	Heteroavaliação	Avaliação
	Sr. ^a P. M (23/01/2021)	“Sou uma pessoa muito calma, muito meiga e reservada, não me chateio com as pessoas. Não sou uma pessoa impulsiva e muito menos agressiva. A impulsividade é um ato não pensado e a agressividade uma ação violenta, mais física.”	“Embora não seja uma pessoa impulsiva nem agressiva, é um tema importante, então num espaço fechado como este...” (sic)	Cliente com capacidade para reconhecer e explicar um comportamento de agressividade impulsiva nos outros, mas sem insight para os seus próprios comportamentos.
	Sr. ^a G. (7/01/2021)	“A impulsividade é quando alguém age sem pensar, não controla, podendo a pessoa ficar agressiva. Não sou impulsiva e muito menos agressiva, sou muito calma. arranjo confusões com alguém, quando elas surgem, afasto-me.”	“Acho que é um tema muito importante. Já tenho sofrido muito nas mãos de pessoas agressivas” (sic).	Revela conhecimento relativamente à terminologia impulsividade e agressividade, sabendo explicar corretamente, no entanto, não se revê como uma pessoa impulsiva e agressiva – cliente com historial marcado por episódios de agressividade impulsiva.
	Sr. ^a L. (28/02/2021)	“Impulsividade é quando uma pessoa faz e não pensa (...) eu já fui agressiva, batia logo, agora não. Estou mais calma, não me quero chatear” (sic).	“Acho que é um tema importante sim” (sic)	Sabe explicar o que é a impulsividade e a agressividade. Apresenta crítica para os seus comportamentos no passado.
	Sr. ^a B. (21/02/2021)	“Sou uma pessoa muito impulsiva, faço-me mal quando fico fora de mim e não me consigo controlar, enho mesmo de me machucar, seja me mandando, tentativa de enforcamento, cortes...” (sic).	“E é importante para mim, como sou muito impulsiva...” (sic)	Cliente descreve detalhadamente, no seu próprio caso, os atos impulsivos que costuma cometer.
	Participantes (Homens – Intervenção Grupal – 16/12/2020)	Partilha de Experiências	Heteroavaliação	Avaliação
	Sr. T.	“Comportamento impulsivo é quando nos aproximamos de uma pessoa e ela não tem o mesmo comportamento que nós. Comportamento impulsivo é quando uma pessoa dá o seu lado mau do comportamento. Agressividade é não ter confiança com o outro (...)”	“É importante porque às vezes as brincadeiras correm mal e acontecem coisas más lá dentro.”	Bastante participativo na intervenção, no entanto, apresentou um discurso prolixo e circunstancial na sua explicação dos termos “impulsividade” e “agressividade”, com necessidade de reorientação. Ressalva-se que o cliente apresenta um ligeiro empobrecimento do pensamento.
	Sr. P.	“Eu já sou menos impulsivo mas sei que ainda às vezes faço coisas que não devia... Uma vez um amigo disse que todos temos a nossa bolha e que não devemos invadir esse espaço... Às vezes	“Acho que é um tema muito importante para irmos falando”.	Cliente extremamente participativo, com intervenções pertinentes e adequadas. Ressalva para este cliente ser dos que mais comportamentos de agressividade impulsiva apresenta dentro do serviço. Foi dito que impulsividade também se apresenta pela forma

		invadimos e a pessoa não gosta, fica agressiva e depois pode bater. Temos de respeitar o espaço do outro.”		verbal, de comportamentos autodestrutivos, não sendo necessariamente uma questão de agressão física a terceiros.
	Sr. M.	“Impulsividade é quando uma pessoa age sem pensar e a agressividade é bater... Eu agora estou mais calmo.”	“Sim, concordo que seja um tema muito importante aqui dentro.”	Calmo, adequado e assertivo. Após verbalizar a sua opinião, ficou com o fâcias mais fechado, fixando o olhar no chão. Esta mudança pode ser fruto da lembrança do seu comportamento agressivo que culminou na morte da sua irmã.
	Sr. A.	“Eu não quero falar...”	(silêncio)	Este cliente apresenta hipoacusia, utilizando aparelho auditivo. Por esta diminuição da acuidade auditiva pela atividade estar a ser realizada numa sala mais ampla e cadeiras dispostas em círculo, é possível que o cliente não tenha escutado a intervenção na íntegra.
	Sr. U.	“A culpa é da medicação que me dão!” – necessidade de intervenção por parte do Enfermeiro para tentar tranquilizar o cliente que neste instante tinha ficado mais reativo.	Não respondeu por não ter entendido a temática.	Este cliente apresenta um défice cognitivo que, aparentemente, cumpria os critérios de inclusão no entanto, logo na primeira abordagem, foi evidente que o processo de pensamento do cliente se encontra comprometido para temas mais complexos. Por esta razão, foi excluído das atividades seguintes uma vez que não detém capacidade de raciocínio e reflexão

**Apêndice III – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte II) –
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional**

Plano da Sessão – Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte II)
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional

Data – nas intervenções

Objetivos da sessão:

- * Promover a relação terapêutica;
- * Estimular a atenção e concentração;
- * Compreender, através das vivências e experiências dos clientes, quais as situações geradoras de agressividade impulsiva mais comuns no presente serviço;
- * Estimular a crítica e insight para reações e comportamentos desajustados;
- * Fomentar a autorresponsabilização no cliente no delineamento de estratégias adequadas para lidar com a agressividade impulsiva;
- * Desenvolver competências de ESMP na intervenção psicoeducativa grupal.

Local da Sessão: Estabelecimento Prisional.

População-alvo: 4/5 clientes que cumpram os critérios de inclusão.

Formadores: Margarida da Silva

Etapas	Metodologia	Atividades a Desenvolver	Recursos Materiais	Tempo	Formador
Apresentação da Sessão/Acolhimento	Interativo Ativo	Dar as boas vindas ao grupo. Apresentar os objetivos da sessão.	Cadeiras dispostas em semicírculo	5 minutos	Margarida da Silva
Quebra-gelo “Nome e Gestos/Som”	Participativo Interativo Ativo	Começar a andar em círculo e será pedido a um cliente para se apresentar e fazer um gesto/som. O cliente seguinte apresenta-se, faz o gesto/som do cliente anterior e faz um gesto/som seu, até todos os clientes se apresentarem, reproduzirem o gesto/som	Cadeiras dispostas em círculo	10 minutos	Margarida da Silva

		<p>dos clientes anteriores e fazerem um gesto/som seu.</p> <p>Esta atividade vai permitir estimular a atenção relativamente à pessoa que têm ao lado, sendo um elemento importante neste contexto – a convivência com terceiros num pequeno espaço, assim como permite a observação da linguagem não verbal adotada por cada um.</p>			
Desenvolvimento	<p>Participativo</p> <p>Interativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Ativo</p>	<p>Pedir aos clientes que apresentem um exemplo de uma situação suscitadora de reações impulsivas e/ou agressivas que ocorram no contexto, sendo pedido aos clientes, com toda a sinceridade, que escrevam como é a sua reação face a essa situação, num cartão que lhes será fornecido.</p> <p>Pedir que expliquem o porquê dessa reação e promover a crítica na avaliação da mesma.</p> <p>Promover um <i>brainstorming</i> de diferentes estratégias para diminuir níveis de agressividade impulsiva e proporcionar bem-estar físico e mental consigo mesmos e com os outros.</p>	<p>Cadeiras dispostas em círculo</p> <p>Cartões</p> <p>Canetas</p>	30 minutos	Margarida da Silva
Avaliação (Auto e Hetero)	<p>Participativo</p> <p>Interativo</p>	Promover um debate relativamente à temática apresentada na sessão, validando		15 minutos	Margarida da Silva

	Ativo	se foi importante para os clientes esta temática, com intuito de promover alterações na reação em situações que possam esboçar comportamentos de agressividade impulsiva.	Cadeiras dispostas em círculo		
--	-------	---	-------------------------------	--	--

**Apêndice IV – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte II) –
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional**

	Participantes (Mulheres – Intervenção Individual)	Partilha de Experiências	Estratégias Adotadas	Heteroavaliação	Avaliação
<p>Gestão da Agressividade Impulsiva – Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional (Parte II) Esta intervenção tinha como objetivo os clientes dar, pelo menos, um exemplo de uma situação potenciadora ou mesmo geradora de agressividade impulsiva. Com esse exemplo, explicariam como reagiriam e posteriormente seriam abordadas estratégias para lidar com situações semelhantes.</p>	<p>Sr.ª P. M. (25/01/2021)</p>	<p>“Não me recordo de nada... Dou-me bem com toda a gente... (...) Ah! Uma vez aconteceu aqui com a Sr.ª G. encontrei o elástico dela no lixo, lavei e pus no cabelo e quando ela o viu no meu cabelo, começou a gritar, a pedir o elástico de volta. Deve ter acordado maldisposta, agressiva e começou logo a discutir! Expliquei-lhe que o tinha encontrado no lixo e que o lavei mas ela não quis ouvir... Então mandei-lhe o elástico e disse fica lá com ele!” (sic). A Sr.ª G. permanecia serenamente a ouvir a Sr.ª P.M.</p> <p>“Ela (Sr.ª G.) tem dias que é insistente com a questão do tabaco, e às vezes respondo não me chateies!”</p> <p>Uma vez que divide a camarata com uma cliente desorganizada e apelativa, foi-lhe colocado o exemplo de como reage quando a Sr.ª R. (nome fictício) se encontra inquieta, bastante “viscosa”, podendo ser encarada como provocação por si, Sr.ª P. M. A cliente, prontamente responde que mantém a calma e a ignora.</p>	<p>“Mantenho a calma se não, afasto-me, tento não ligar. Nunca arranjo chatices. Mas pronto, se assim não resultar...peço ajuda aos enfermeiros ou às guardas.”</p>	<p>“Eu tento sempre ajudar os outros, por isso creio que estas situações sejam pontuais, não voltam a acontecer porque dou-me bem com toda a gente.”</p>	<p>Enquanto verbalizava o seu exemplo, a cliente tentou sempre projetar a culpa para a Sr.ª G.</p> <p>Confrontada sobre o seu comportamento de mandar o objeto poder ser entendido como impulsivo e agressivo, a cliente ficou fixamente a dirigir-me o olhar, sendo notória a sua tensão, refere “eu não lhe tinha roubado o elástico!” (sic), fugindo ao cerne da questão. O seu tom de voz ficou ligeiramente altissonante mas sem ficar reativa.</p> <p>No exemplo do tabaco, teve necessidade de ser novamente reorientada para um tipo de resposta mais impulsiva/agressiva, a qualquer a cliente nega que assim seja e responde que reage consoante reagem consigo (sic). Com crítica para o seu comportamento impulsivo, perceptível pela linguagem não-verbal, no entanto foi incapaz de verbalizar.</p> <p>Relativamente à sua colega de camarata, foi-lhe colocado o argumento de que reage de acordo com a reação da outra pessoa, refere “isso é diferente!” (sic) Foi novamente confrontada com esse tipo de resposta, repetindo a mesma comunicação não-verbal anteriormente citada, defendendo-se “é diferente! Não é bem assim, eu sou uma pessoa muito calma!” (sic), tentando contornar mais uma vez o confronto com a realidade.</p> <p>Ao longo da intervenção, embora se tenha mostrado bastante colaborante, foram observadas alterações no seu tom de voz, ficando mais altissonante à medida que era confrontada com comportamentos impulsivos que verbalizava, tentado sempre se defender e negando a sua natureza impulsiva, assim</p>

					como foi percebido um ligeiro aumento da sua tensão latente.
	Sr.ª G. (13/01/2021)	“No outro EP, um grupo de mulheres veio ter comigo, nem percebi a razão e começaram-me a bater... Rasgaram-me a camisola e uma pegou na minha cabeça e mandou contra a parede... Vi que não me conseguia defender, então deixei que me batessem...”	“Eu não lhes bato porque depois sei que vou ter problemas... Então deixo que me batam.”	“Acho importante falar disto. Eu fico sempre no meu canto, assim não arranjo chatices.”	Cliente mantém ausência de crítica para os seus comportamentos de agressividade impulsiva, mantendo a projeção dos mesmos para as outras pessoas. Ideação delirante paranoide de que todos é que estão contra si e lhe fazem mal.
	Sr.ª L. (2/03/2021)	“Uma vez, uma chegou ao pé de mim e chamou-me filha da p***. Puxei logo a mão atrás e dei-lhe um estalo. (...) às vezes a Sr.ª R. entra aqui no meu quarto e digo logo sai daqui! Não a quero aqui a chatear.”	“Agora já não bato nas pessoas, embora vontade não me falte mas viro costas ou mando-as embora, às vezes digo mais do que uma vez e grito.” Tendo em conta o seu historial clínico, uma das estratégias trabalhadas com a cliente foi a utilização de uma comunicação calma, adequada e assertiva.	“Estamos muito tempo aqui fechadas, todas juntas...”	Cliente com crítica para os seus comportamentos antigos e atuais. Reconhece que atualmente não agride mas que por vezes é verbalmente agressiva. Um dos fatores que pode estar na redução do seu índice de agressividade física pode se dever à sua Doença de Parkinson.
	Sr.ª B. (21/02/2021)	“Às vezes com discussões, eu não consigo lidar, fico fora de mim... Não discuto com as pessoas, eu me faço mal...”	“A minha colega de cela do EP me está ajudando... Criámos uma linha de objetivos a ultrapassar como: ficar uma semana sem me fazer mal, por exemplo.” Foi-lhe dito que existem outras estratégias para lidar com a frustração que pode levar a comportamentos impulsivos e de alto risco para si, estratégias essas como dialogar com a colega de cela, visto se	“Eu vou mudar o meu comportamento, não me quero fazer mais mal, que quero sair e ver os meus filhos... Me sinto muito mais aliviada por falar consigo Enfermeira, foi como se um peso saísse do meu peito. Obrigada.”	Cliente descreve detalhadamente, no seu próprio caso, os atos impulsivos que costuma cometer.

			darem bem e esta ser uma ajuda para si, ler, meditar, realizar exercícios respiratórios, o exercício de “mini-relaxamento”.		
	Participantes (Homens – Intervenção Grupal – 19/12/2020)	Partilha de Experiências	Estratégias Adotadas	Heteroavaliação	Avaliação
	Sr. T.	“Às vezes tem a ver com as companhias... Eu brinco com o Sr. A. de uma forma diferente do que brinco com o Sr. M., que é mais velho.”	“Saber começar uma conversa, manter uma conversa e terminar uma conversa...”	“Sei que às vezes as brincadeiras nem sempre acabam bem mas sei com quem devo brincar.”	Interessado e participativo ao longo da atividade. Revelada alguma imaturidade por se focar apenas em “brincadeiras”, não tendo total capacidade de respeitar o espaço do outro, sendo isso notório pelos episódios de heteroagressividade ao longo do seu internamento.
	Sr. P.	“Quando o Sr. T. ou o Sr. A. me pedem tabaco, eu fico com algum receio e dou uma ponta do tabaco a eles. Depois tomo alguma agressividade mas como eles são mais fortes do que eu, não os toco.”	“Como é com eles os dois, eu afasto-me.” Confrontado com o seu historial de agressividade impulsiva e com esta mesma situação mas com outros clientes, continuou a afirmar que mesmo com outros se afastaria. Foi realizado um pequeno role-playing, em que acabou por admitir “partia-lhes a boca”.	“Acho importante falar disto. Eu sei que sou impulsivo e que tenho de me controlar, que devo chamar alguém.”	Cliente aborda uma situação que envolveu 2 dos 4 participantes que se encontravam na atividade, o que poderia levar a situação de desconforto, acabando por não acontecer. Inicialmente tentou discursar de uma forma politicamente correta mas que não era sincera. Após role-playing, acabou por ser espontâneo relativamente ao seu comportamento real para aquela situação. Apresenta crítica para os seus comportamentos impulsivos, no entanto, devido aos seus traços maladaptativos da personalidade, não consegue ter autocontrolo sobre os mesmos, seja em situações com terceiros ou comportamentos autolesivos.
	Sr. M.	“O que aconteceu com o outro, o que me bateu... As brincadeiras com os colegas mais novos, não faço.”	“Se for alguém da minha idade, eu tento conversar com ela; se não conseguir, eu afasto-me. Se for alguém mais novo, não converso, afasto-me logo.”	“Eu compreendo a importância de falar disto, também fui agredido sem razão. Somos pessoas diferentes”.	Calmo, adequado e assertivo. Intervenção pertinente e adequada, estimulando os outros clientes a escutá-lo.
	Sr. A.	“Eu não gosto que alguém me chateie a cabeça, e também não quero provocar conflito com os meus colegas, porque depois	“Fico no meu canto, sossegado, tranquilo, sem me chatear com ninguém. Mas na situação com o Sr.	“É importante falar disto. Não devemos bater. Ficar no nosso	Cliente participativo nesta atividade, que se realizou num espaço mais pequeno e com menos distanciamento entre todos, possibilitando que nos conseguisse escutar.

		<p>pode acontecer algo de muito mal e não quero isso. (...) No outro dia o Sr. E ainda a fazer ameaças que matava o terapeuta ocupacional, tinha uma caneta a fazer de arma e eu estava a ficar muito irritado e nervoso com ele... Mas não lhe bati”.</p>	<p>E tive de pedir ajuda à equipa de enfermagem porque não estava a conseguir controlar, precisava de um SOS.”</p>	<p>canto. Chamar guarda, chamar enfermeiro.”</p>	<p>Compreende como deve atuar perante uma situação que possa gerar agressividade impulsiva, reconhecendo os recursos disponíveis, pese embora a sua dificuldade em controlar os impulsos em certos episódios.</p>
--	--	--	--	--	---

Apêndice V – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva – Tensão e Relaxamento

Plano da Sessão – Gestão da Agressividade Impulsiva

Tensão e Relaxamento

<p>Data – nas intervenções</p> <p>Duração da sessão: 35 minutos</p> <p>Objetivos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Estimular a percepção do domínio corporal e reconhecimento sensorial; * Estimular a concentração; * Promover o relaxamento; * Capacitar os clientes com uma estratégia de redução de tensão; * Desenvolver competências de ESMP na dinamização de técnicas de relaxamento. 	<p>Local da Sessão: Estabelecimento Prisional.</p> <p>População-alvo: 3/4 clientes que cumpram os critérios de inclusão.</p> <p>Formadores: Margarida da Silva</p>
--	--








Etapas	Metodologia	Atividades a Desenvolver	Recursos Materiais	Tempo	Formador
Apresentação da Sessão/Acolhimento	Interativo Ativo	Dar as boas vindas ao grupo. Apresentar os objetivos da sessão.		5 minutos	Margarida da Silva
Quebra-gelo	Participativo Interativo Interrogativo Ativo	De pé e em círculo, será pedido um a um que diga o seu nome seguido de um animal. No fim, ser-lhes-á pedido que digam uma característica do animal com que se identifiquem.		5 minutos	Margarida da Silva
Desenvolvimento “Estica e Encolhe” (Brandes & Phillips, 2008)	Participativo Interativo Ativo	Sentados na própria cama, é pedido às clientes que dobrem os joelhos, pernas presas com firmeza pelos braços, que coloquem a cabeça nos joelhos, arqueiem as costas, as pernas, coxas, nádegas,	Colchão	15 minutos	Margarida da Silva

		<p>pescoço, punhos, pés – tudo bem apertado, os ombros inclinados para a frente de maneira a envolver as pernas, que contraíam os músculos faciais – que todos os músculos estejam contraídos e rijos.</p> <p>Devem manter essa posição durante cerca de um minuto e, posteriormente, muito lentamente, devem abrandar a contração e começar a desdobrar o corpo até ficarem bem estendidos/esticados e relaxados.</p> <p>De seguido, pedir que abram os dedos das mãos e pés, endireitem as costas, distendam completamente os braços e pernas, que estiquem as articulações – tornozelos, cotovelos, punhos.</p> <p>Por último, pedir que abram os olhos e respirem fundo.</p>			
Avaliação (Auto e Hetero)	<p>Participativo</p> <p>Interativo</p> <p>Ativo</p>	<p>Promover a partilha de emoções, experiências sentidas nesta atividade, como se sentiram no estado de tensão.</p> <p>Fomentar, nos clientes, a utilização desta técnica em momentos de tensão, pois ao provocarem deliberadamente tensão no corpo, o relaxamento vai proporcionar também a redução da tensão real provocada por fatores externos.</p>	Colchão	10 minutos	Margarida da Silva

		Aplicação de Escala de Avaliação (adaptada).			
--	--	--	--	--	--

* Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento

**Apêndice VI – Intervenção: Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção
Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Tensão e
Relaxamento**

	Participantes (Mulheres – Intervenção Individual)	Heteroavaliação	Avaliação	Escala de Avaliação (adaptada)*
<p>Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Tensão e Relaxamento</p> <p>Esta intervenção tinha como objetivo provocar tensão muscular em todo o corpo para que, gradualmente, o cliente fosse relaxando. Esta simples e eficaz intervenção é uma estratégia de redução da ansiedade que os clientes podem utilizar na camarata.</p>	<p>Sr.ª P. M. (31/01/2021)</p>	<p>Antes da atividade: “Ando um pouco ansiosa, estar aqui fechada, tenho saudades de casa...”</p> <p>Depois da atividade: “Sinto-me mais tranquila, obrigada por isto.”</p>	<p>Realizou todos os passos da sessão sem intercorrências. No término, verbalizou sentir o corpo menos tenso, apresentando fâcies mais tranquilo, ficando agradada com a intervenção.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>5 – Sinto, no geral, todo o meu corpo tenso.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p>
	<p>Sr.ª G. (14/01/2021)</p>	<p>Antes da atividade: “Estava a descansar porque estou cansada...”</p> <p>Depois da atividade: “Gostei muito... Fiquei mais relaxada. Vou tentar fazer isto sozinha.”</p>	<p>Cliente com ligeira lentificação psicomotora por se encontrar a descansar previamente à atividade. Conseguiu realizar o exercício corretamente. Referiu ter-se sentido ainda mais relaxada, terminando a atividade com um sorriso.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.</p>
	<p>Sr.ª L. (14/01/2021)</p>	<p>Antes da atividade: “Estou mais ou menos.”</p> <p>Depois da atividade: “Foi bom, acho que fiquei um pouco mais relaxada, gostei.”</p>	<p>Apesar da Doença de Parkinson que a deixa mais debilitada por períodos, a cliente conseguiu participar com bastante colaboração e agrado.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>4 – Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p>
	<p>Sr.ª B. (23/02/2021)</p>	<p>Antes da atividade: “Estou melhor mas ainda me sinto um pouco ansiosa, quero voltar para o EP.”</p> <p>Depois da atividade:</p>	<p>Cliente bastante recetiva à realização deste exercício. Ficou mais tranquila e com fâcies mais aberto.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p> <p>Depois da atividade:</p>

		“Eu já tinha feito algo semelhante no passado mas gostei muito, me sinto mais tranquila...”			2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.
--	--	---	--	---	--

* Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento

**Apêndice VII – Plano de Sessão: “Gestão da Agressividade Impulsiva –
Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional –
Controlo da Respiração**

Plano da Sessão – Gestão da Agressividade Impulsiva

Controlo da Respiração








<p>Data – nas intervenções</p> <p>Duração da sessão: 35 minutos</p> <p>Objetivos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Estimular a concentração; * Promover o relaxamento; * Capacitar os clientes com uma estratégia de redução de tensão através da respiração; * Desenvolver competências de ESMP na dinamização de técnicas de relaxamento. 	<p>Local da Sessão: Estabelecimento Prisional</p> <p>População-alvo: 3/4 clientes que cumpram os critérios de inclusão.</p> <p>Formadores: Margarida da Silva</p>
---	---




Etapas	Metodologia	Atividades a Desenvolver	Recursos Materiais	Tempo	Formador
Apresentação da Sessão/Acolhimento	Interativo Ativo	Dar as boas vindas ao grupo. Apresentar os objetivos da sessão.		5 minutos	Margarida da Silva
Quebra-gelo	Participativo Interativo Ativo	De pé, é pedido que fechem os olhos, respirem fundo e estiquem os braços o máximo possível como se tivessem acabado de acordar, prontos para mais um dia.		5 minutos	Margarida da Silva
“Tensão para Fora, Paz para Dentro” (Payne, 2003)	Participativo Interativo Ativo	Sentados, de olhos fechados, é pedido que se idealizem num local sereno, amplo, onde possam respirar tranquilamente. Pedido para inspirarem profundamente, sentindo o peito cheio de ar, um ar renovado, e expirando todo o ar, como se fosse carregado de toda a tensão acumulado no corpo. A cada respiração irão se sentir	Colchão	15 minutos	Margarida da Silva

		menos tensos, conseqüentemente mais tranquilos.			
Avaliação (Auto e Hetero)	Participativo Interativo Ativo	<p>Promover a partilha de emoções, experiências sentidas nesta atividade, como se sentiram no estado de tensão.</p> <p>Fomentar, nos clientes, a utilização desta técnica em momentos de tensão/<i>stress</i>, o controlo da respiração vai diminuir os sintomas da ansiedade, como os batimentos cardíacos e tensão arterial, visando assim a diminuição do nível de tensão.</p> <p>Aplicação de Escala de Avaliação (adaptada)*</p>	Colchão	10 minutos	Margarida da Silva

* Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento

**Apêndice VIII – Intervenção: “Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção
Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Controle da
Respiração**

	Participantes (Mulheres – Intervenção Individual)	Heteroavaliação	Avaliação	Escala de Avaliação (adaptada)*
<p>Gestão da Agressividade Impulsiva – Intervenção Psicoterapêutica em Saúde Mental em Contexto Prisional – Controle da Respiração</p> <p>Esta intervenção tinha como objetivo as clientes dirigirem a sua atenção para o seu padrão respiratório e a manterem controlo sobre o mesmo – “Tensão para Fora, Paz para Dentro” (Payne & Donaghy, 2003)</p>	<p>Sr.^a P. M. (17/02/2021)</p>	<p>Antes da Intervenção: “Às vezes já tentava respirar fundo para acalmar, mas nem sempre resultava...”</p> <p>Depois da Intervenção: “Bem, até vezes ajuda...”</p>	<p>Clientes globalmente agradadas com a simplicidade do exercício, que pode ser realizado em qualquer momento e/ou lugar, sendo um forte aliado na redução dos níveis de ansiedade que podem espoletar comportamentos mais impulsivos e/ou mesmo agressivos.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>4 – Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p>
	<p>Sr.^a G. (15/02/2021)</p>	<p>Antes da Intervenção: “Sim, respirar fundo ajuda-nos.”</p> <p>Depois da Intervenção: “Deixa-nos um pouco mais tranquilas.”</p>		<p>Antes da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.</p>
	<p>Sr.^a L. (5/03/2021)</p>	<p>Antes da Intervenção: “Hum, não sei se é uma grande ajuda.”</p> <p>Depois da Intervenção: “Sim, faz algum efeito.”</p>		<p>Antes da atividade:</p>  <p>4 – Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p>
	<p>Sr.^a B. (28/02/2021)</p>	<p>Antes da Intervenção: “Nem sempre respirar fundo me ajuda...”</p> <p>Depois da Intervenção: “Acredito que me vai ajudar no futuro... Vou tentar fazer quando me começar a sentir mais stressada.”</p>		<p>Antes da atividade:</p>  <p>3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.</p>

				<p>Depois da atividade:</p>  <p>2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.</p>
Participantes (Homem – Intervenção Individual)	Heteroavaliação	Avaliação	Escala de Avaliação (adaptada)*	
Sr. D. (28/02/2021)	<p>Antes da Intervenção: “Eu não quero mais estar aqui, estou farto!”</p> <p>Depois da Intervenção: “Sinto-me melhor, obrigada.”</p>	<p>Esta atividade foi realizada num momento em que o cliente se encontrava bastante ansioso e com ideação de alta. Realizou o exercício adequadamente e eficazmente, verbalizando se sentir melhor e ter ficado com um fâcies mais aberto.</p>	<p>Antes da atividade:</p>  <p>5 – Sinto, no geral, todo o meu corpo tenso.</p> <p>Depois da atividade:</p>  <p>2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.</p>	

* Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento

**Apêndice IX – Formação em Serviço no Contexto Prisional – Como Comunicar
com um Cliente com Deficiência Intelectual**

1 **Como Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual**

2 Como foi abordado no corpo do trabalho, o déficit cognitivo ou deficiência
3 intelectual é uma realidade muito presente naquele serviço do EP. Por vezes é
4 bastante custosa a comunicação com o seu portador, seja por dificuldade do portador
5 em compreender a informação, seja por falta de paciência/cansaço do profissional de
6 saúde.

7 Por estas dificuldades sentidas na comunicação com esta população, foi
8 sentida a necessidade da realização de uma formação com base na comunicação
9 com o cliente com deficiência intelectual, no sentido de adequar a postura e assim,
10 melhorar os cuidados prestados a esta população. Para que fosse possível a
11 realização da formação, foi necessário primeiramente compreender o déficit cognitivo.

12 Palha (sd) refere que, de acordo com a APA, o déficit cognitivo corresponde a
13 um funcionamento cognitivo ou intelectual inferior ao do espectável para faixa etária e
14 associa-se a limitações do seu comportamento adaptativo, da sua funcionalidade, da
15 maneira como resolve situações do quotidiano, sejam pessoais ou sociais, tendo pelo
16 menos duas das seguintes áreas comprometidas: comunicação, autonomia a nível
17 pessoal, autonomia nas atividades domésticas, nas competências de relação
18 (sociais), autocontrolo, competências académicas, competências de ócio,
19 competências de trabalho, capacidade de controlo da sua saúde e segurança.

20 Marques (2016) refere que na deficiência intelectual existe uma
21 insuficiência/incapacidade a nível mental, ou seja, um funcionamento intelectual
22 abaixo da média. A aptidão de **compreensão**, **atenção**, **raciocínio** e de
23 **planeamento** estão seriamente afetadas, havendo necessidade de utilização de uma
24 metodologia de intervenção baseada na aquisição de competências/capacidades. A
25 pessoa apresenta limitações significativas no funcionamento cognitivo e no
26 comportamento adaptativo, expressando dificuldades pessoais e sociais no dia-a-dia
27 e tem um padrão de reações mais lentificadas apresenta dificuldades no
28 processamento da informação (Casarin, 2001 cit in Marques, 2016).

29 Esta formação consistiu em abordar conceitos como a comunicação, a
30 assertividade – que tantas vezes se funde com agressividade, a definição e
31 caracterização da pessoa com deficiência intelectual e quais as estratégias
32 comunicacionais a adotar.

33 A comunicação corresponde a 55% da linguagem corporal – postura, gestos e
34 expressão facial, sendo que 38% aos sinais paralinguísticos e 7% às palavras
35 utilizadas (Sequeira, 2016).

1

2 A comunicação na relação terapêutica entende-se pela troca de
3 informação/significados através de meios verbais e não-verbais, incluindo assim a
4 dimensão emocional e afetiva (Neto & Baptista, 2019).

5 Na sua prática profissional, o enfermeiro beneficiará de ter um bom domínio da
6 sua capacidade comunicacional, no sentido de facilitar a mudança no cliente,
7 conseguindo reduzir a resistência do cliente e modificar o comportamento do mesmo.
8 De acordo com o que se conhece da comunicação, o profissional pode utilizar a
9 consciência da sua comunicação para conseguir compreender as suas próprias
10 atitudes face ao cliente.

11 O modelo de Análise Estrutural do Comportamento Social (SASB) de Benjamin,
12 Rothweiler & Critchfield (2006 cit in Neto & Baptista, 2019) enuncia que uma ação de
13 afirmação leva a uma resposta de abertura ao invés que uma ação de culpabilização
14 leva o recetor a excluir-se ou a defender-se.

15 O enfermeiro deve evitar utilizar uma linguagem complementar que reforça o
16 funcionamento negativo para o cliente – relevante quando as respostas deste são
17 negativas (como ignorar, culpabilizar, atacar, controlar) e, perante estas respostas, o
18 profissional de saúde deve evitar respostas complementares ou responder de igual
19 forma (seja defender, excluir, amuar, submeter-se) (Neto & Baptista, 2019).

20 Para uma boa e eficaz comunicação, o profissional de saúde deve ser
21 empático, tendo a capacidade de compreender a experiência do outro em função da
22 vivência e quadro de referência deste e deve promover a aceitação, a capacidade de
23 aceitar o cliente como uma pessoa digna de respeito e com valor e deve ser genuíno,
24 conseguindo estar numa relação de forma consistente com a personalidade e valores
25 pessoais, não desempenhando um papel artificial ou ocultando elementos da nossa
26 experiência (idem).

27 Relativamente à assertividade, o comportamento assertivo inúmeras vezes é
28 confundido com “comportamento agressivo”, sendo importante clarificar no que
29 consiste a assertividade. As dimensões não verbais do comportamento assertivo são:
30 contato visual, expressão facial, postura e gestos corporais, tom de voz e timing. A
31 precisão e eficácia dos fluxos de transmissão de informação são determinadoras para
32 a intervenção com, neste caso, os reclusos, podendo evitar o erro e consequências
33 negativas para os mesmos (Pinto, 2015 cit in Neto & Baptista, 2019).

34 O enfermeiro ao transmitir informação, de forma adequada e de acordo com as
35 necessidades emocionais, de saúde e de informação do recluso, demonstra

1 preocupação, respeito e cuidado com este, deixando-o mais tranquilo (Neto &
2 Baptista, 2019). Uma forma de prevenção de situações de violência contra
3 profissionais de saúde é estes serem detentores de competências comunicacionais
4 mais ajustadas (Antunes, *et al.* 2002 cit in Neto & Baptista, 2019).

5 A existência de treino de competências comunicacionais (como nos Estados
6 Unidos da América) tem demonstrado um impacto positivo na atitude, compreensão,
7 confiança e comportamento dos profissionais relativamente aos seus clientes (Brown,
8 Bylund, Eddington, Gueguen & Kissane, 2009 cit in Neto & Baptista, 2019). Desta
9 maneira, os profissionais de saúde podem auferir de benefícios de serem treinados,
10 na interpretação dos sinais comunicacionais – sejam verbais ou não-verbais – dos
11 clientes, para que possam apresentar respostas corretas e adequadas, sejam do foro
12 técnico ou humano, visto a importância da comunicação entre os profissionais de
13 saúde e cliente no tratamento deste (Neto & Baptista, 2019).

14 Os comportamentos dos profissionais de saúde têm uma influência significativa
15 no risco de comportamentos agressivos, seja verbais e/ou físicos, em clientes
16 psiquiátricos (Delaney and Johnson, 2006; Drach-Zahavy *et al.*, 2012, Irwin, 2006 cit
17 in Departamento da Saúde, 2013). No entanto, comportamentos mais autoritários,
18 como imposição de regras, negação de pedidos/necessidades, podem igualmente
19 gerar conflitos.

20 Sequeira (2016) refere que para comunicar com um cliente com deficiência
21 intelectual, o profissional de saúde deve escutá-lo; utilizar um tom adequado –
22 evitando desvios de sarcasmo, desrespeito, impaciência; ritmo e volume da
23 comunicação calmos e deve evitar julgamentos e/ou críticas. Na comunicação não-
24 verbal é crucial ter em atenção a mensagem não-verbal que é transmitida, através do
25 movimento corporal e postura. Existem expressões faciais a evitar por poderem ser
26 interpretadas negativamente pelo cliente, como:

- 27 • Cerrar os dentes – indica indisponibilidade, querendo isto dizer que, o
28 enfermeiro não está com a mente aberta para escutar o cliente;
- 29 • Sorriso natural – um sorriso falso/forçado pode piorar a situação;
- 30 • Uma sobrancelha levantada demonstra dureza/desprezo;
- 31 • Olhos bem abertos traduzem surpresa/incredulidade;
- 32 • Um olhar duro/fixo pode representar um gesto ameaçador;
- 33 • Fechar os olhos mais vezes do que o habitual pode transparecer
34 desinteresse.

1 Na postura, o enfermeiro deve evitar uma postura que seja
2 ameaçadora/desafiadora, devendo adotar uma postura de respeito e segurança:

- 3 • Colocando-se de **frente** para o cliente – colocar-se lado a lado pode
4 demonstrar indiferença;
- 5 • Não deve invadir o espaço íntimo do cliente;
- 6 • Evitar apontar o dedo – pode ser interpretado como acusação e/ou
7 ameaça.

8 Os gestos do enfermeiro devem ser expressos junto do corpo, delicados e os
9 seus movimentos realizados **devagar**, sem brusquidão, explicando o que se está a
10 fazer.

11 O espaço pessoal determina-se pela distância mais benéfica para a presente
12 interação, dando especial atenção para o facto que a invasão de espaço íntimo pode
13 aumentar o nível de ansiedade e, evitar tocar no cliente quando este se encontra mais
14 hostil, uma vez que este pode encarar o toque como um gesto agressivo.

15 O enfermeiro deve adaptar a comunicação verbal à capacidade de expressão
16 e compreensão do cliente, devendo:

- 17 • Falar **devagar**, de maneira **objetiva** e **clara**, utilizando **palavras**
18 **simples** e diretas, assim como **frases curtas** transmitindo uma
19 informação de cada vez;
- 20 • **Dar tempo** ao cliente para assimilar a informação – **impaciência** pode
21 gerar **situações de ansiedade** de ambas as partes;
- 22 • Adequadamente, utilizar a linguagem não-verbal de forma a reforçar a
23 linguagem verbal;
- 24 • **Manter a calma** e redirecionar o foco do cliente numa atividade do seu
25 agrado quando este erra ou se encontra agressivo;
- 26 • Utilizar as frases pela positiva quando quer transmitir o que pretende que
27 o cliente faça e não o contrário;
- 28 • **Escutar** o cliente com serenidade, mesmo sabendo que vai ter
29 dificuldade em entender a informação que o cliente lhe transmite;
- 30 • Priorizar questões fechadas (Sequeira, 2016; Neto & Baptista, 2019).

31 É importante que enfermeiro, perante um cliente com deficiência intelectual que
32 se apresente apelativo e/ou ansioso:

- 33 • Não comece a **discutir** com ele nem o **repreenda**;
- 34 • Não o corrija sistematicamente;
- 35 • Não lhe **imponha** ordens nem punições;

- 1 • Não pedir que o cliente utilize/aplique o raciocínio ou a lógica em
2 situações complexas;
- 3 • Não deva ser **autoritário** e apresentar uma postura **intransigente** –
4 mesmo que o cliente não compreenda o que lhe está a ser dito, um tom
5 de voz ríspido/arrogante pode deixá-lo ainda mais perturbado;
- 6 • Não deve inferiorizar o cliente – o cliente é **adulto**, não devendo ser
7 aplicada uma linguagem de regozijo ou infantil;
- 8 • Não deva falar do cliente como se este não estivesse presente no local
9 (Sequeira, 2016).

10 Sequeira frisa que “É extremamente importante que exista congruência entre a
11 comunicação verbal e a comunicação não-verbal” (2016, p. 209).

12 Em situações de crise, a comunicação com este tipo de cliente é sempre
13 complicada para profissionais de saúde. Por vezes estes podem demonstrar
14 ansiedade, medo ou mesmo impaciência, o que vai ser prejudicial na interação,
15 podendo agravar as suas manifestações de ansiedade, agressividade, agitação,
16 podendo levar à descredibilização do seu papel perante o cliente. Com isto, os
17 profissionais devem encontrar-se preparados para este tipo de episódios, de forma a
18 melhorarem a sua capacidade de gestão do medo e ansiedade, para evitar que estes
19 venham a interferir na relação com os clientes (Sequeira, 2016).

20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

1 **Referências Bibliográficas**

2 Department of Health (2013). Nursing observation and the assessment and immediate
3 management of suicide, self-harm, aggression and absconding risks in
4 psychiatric inpatient units. A review of literature. Published by The Mental Health,
5 Drugs and Regions Division, Department of Health, State Government of Victoria,
6 Melbourne.

7

8 Marques, P. M. P. (2016). Intervenção Psicológica em Adultos com Deficiência
9 Intelectual. Dissertação. Universidade Lusíada de Lisboa.

10

11 Neto, D. D. & Baptista, T. M. (2019). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais
12 Volume 1 – Intervenções Clínicas. Edições Sílabo. Lisboa

13

14 Palha, M. (sd). Deficiência Mental e Défices Cognitivos. Diferenças – Centro de
15 Desenvolvimento Infantil. Disponível em
16 [https://diferencas.net/site/documentos/deficiencia_mental_defices_cognitivos.p](https://diferencas.net/site/documentos/deficiencia_mental_defices_cognitivos.pdf)
17 [df](https://diferencas.net/site/documentos/deficiencia_mental_defices_cognitivos.pdf)

18

19 Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel. Lisboa

Estabelecimento
Prisional



Como Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



Estudante de EESMP: Margarida da Silva



Comunicação

Comunicação

A comunicação na relação terapêutica entende-se pela troca de informação/significados através de meios verbais e não-verbais, incluindo assim a dimensão emocional e afetiva (Neto & Baptista, 2020).

Na sua prática profissional, o enfermeiro beneficiará de ter um bom domínio da sua capacidade comunicacional, no sentido de facilitar a mudança no cliente, conseguindo reduzir a resistência do cliente e modificar o comportamento do mesmo.

Comunicação

O modelo de Análise Estrutural do Comportamento Social (SASB) de Benjamin, Rothweiler & Critchfield (2006 cit in Neto & Baptista, 2020) enuncia que uma ação de afirmação leva a uma resposta de abertura ao invés que uma ação de culpabilização leva o recetor a excluir-se ou a defender-se.

Comunicação

Evitar uma linguagem complementar que reforça o funcionamento negativo para o cliente – relevante quando as respostas deste são negativas;

Perante estas respostas, o profissional de saúde deve evitar respostas complementares ou responder de igual forma.

Comunicação

Empatia – capacidade de compreender a experiência do outro em função da vivência e quadro de referência deste.

Aceitação – capacidade de aceitar o cliente como uma pessoa digna de respeito e com valor.

Comunicação

Genuinidade – capacidade de se estar numa relação de forma consistente com a personalidade e valores pessoais.

(Neto & Baptista, 2019)

Assertividade



Assertividade

“Comportamento assertivo” é muitas vezes confundido com “comportamento agressivo”;

As dimensões não verbais do comportamento assertivo são: **contato visual, expressão facial, postura e gestos corporais, tom de voz e timing.**



Assertividade

Informação transmitida adequadamente e de acordo com as necessidades emocionais, de saúde e de informação, o enfermeiro demonstra preocupação, respeito e cuidado com o cliente, deixando este mais tranquilo (Neto & Baptista, 2019).



Assertividade

Competências comunicacionais mais ajustadas por parte dos profissionais de saúde, podem prevenir situações de violência contra os mesmos (Antunes *et al.*, 2002 cit in Neto & Baptista, 2019).



Assertividade

Treino de competências comunicacionais tem demonstrado um impacto positivo na atitude, compreensão, confiança e comportamento dos profissionais relativamente aos seus clientes (Brown, Bylund, Eddington, Gueguen & Kissane, 2009 cit in Neto & Baptista, 2019).



Assertividade

Os comportamentos dos profissionais de saúde têm uma influência significativa no risco de comportamentos agressivos, seja verbais e/ou físicos, em clientes psiquiátricos (Delaney and Johnson, 2006; Drach-Zahavy *et al.*, 2012, Irwin, 2006 cit in Department of Health, 2013).



Assertividade

Comportamentos mais autoritários, como imposição de regras, negação de pedidos/necessidades, podem gerar conflitos.



Deficiência Intelectual



Deficiência Intelectual

Existe uma insuficiência/incapacidade a nível mental, ou seja, um funcionamento intelectual abaixo da média.

A aptidão de **compreensão**, **atenção**, **raciocínio** e de **planeamento** estão seriamente afetadas, havendo necessidade de utilização de uma metodologia de intervenção baseada na aquisição de competências/capacidades.



Deficiência Intelectual

Apresenta limitações significativas no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, expressando dificuldades pessoais e sociais no dia-a-dia (Marques, 2016).

O cliente com deficiência intelectual tem um padrão de reações mais lentificadas apresenta dificuldades no processamento da informação (Casarin, 2001 cit in Marques, 2016).

Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



Comunicação é composta:

- Linguagem corporal – 55%;
- Sinais paralinguísticos – cerca de 38%;
- Palavras utilizadas – sendo 7%.

(Sequeira, 2016)

Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



Comunicação verbal:

- Escuta;
- Tom – evitar desvios de sarcasmo, desrespeito, impaciência, etc;
- Ritmo e volume;
- Evitar criticar, julgar, etc

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



Comunicação não-verbal:

- Expressão facial – olhar duro, um sorriso, a mandíbula cerrada, o contacto visual.
- São várias as expressões com significado específico e que o profissional de saúde deve utilizar com a intencionalidade terapêutica adequada e interpretar melhor o estado do cliente.

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



Essas expressões são:

- Cerrar os dentes – indica indisponibilidade, querendo isto dizer que, o enfermeiro não está com a mente aberta para escutar o cliente;
- Sorriso natural – um sorriso falso/forçado pode agravar a situação;
- Uma sobrancelha levantadas demonstram dureza/desprezo;

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



Essas expressões são:

- Olhos bem abertos traduzem surpresa/incrédulidade;
- Um olhar duro/fixo pode representar um gesto ameaçador;
- Fechar os olhos mais vezes do que o habitual pode transparecer desinteresse.

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



- Gestos – expressos junto do corpo, delicados;
- Movimentos – realizados **devagar**, sem brusquidão, explicando o que se está a fazer;

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



- Postura – o enfermeiro deve evitar uma postura ameaçadora/desafiadora, devendo adotar uma postura de respeito e segurança:
 - * Colocando-se de **frente** para o cliente;
 - * Não deve invadir o espaço íntimo do cliente;
 - * Evitar apontar o dedo – acusação e/ou ameaça.

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



- Espaço pessoal – determinar qual a distância mais benéfica para a presente interação, dando especial atenção para o facto que a invasão de espaço íntimo pode aumentar o nível de ansiedade e, evitar tocar no cliente quando este se encontra mais hostil, uma vez que este pode encarar o toque como um gesto agressivo.

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



- Adaptar a comunicação verbal à capacidade de expressão e compreensão do cliente;
- Falar **devagar**, de maneira **objetiva** e **clara**;
- Utilizar **palavras simples** e diretas, e **frases curtas** transmitindo uma informação de cada vez;

Comunicar com um Cliente com Deficiência

Intelectual



- **Dar tempo** ao cliente para assimilar a informação – **impaciência** pode gerar **situações de ansiedade** de ambas as partes;
- Adequadamente, utilizar a linguagem não-verbal de forma a reforçar a linguagem verbal;

Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



- Manter a calma e redirecionar o foco do cliente numa atividade do seu agrado quando este erra ou se encontra agressivo;
- Utilizar as frases pela positiva quando quer transmitir o que pretende que o cliente faça e não o contrário;

Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual



- Escutar o cliente com serenidade, mesmo sabendo que vai ter dificuldade em entender a informação que o cliente lhe transmite;
- Priorizar questões fechadas.

(Sequeira, 2016; Neto & Baptista, 2019)

Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual

- Não lhe **imponha** ordens nem punições;
- Não pedir que o cliente utilize/aplique o raciocínio ou a lógica em situações complexas;
- Não deva ser **autoritário** e apresentar uma postura **intransigente**;



Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual

É importante que enfermeiro, perante um cliente com deficiência intelectual que se apresente apelativo e/ou ansioso:

- Não comece a **discutir** com ele nem o **repreenda**;
- Não o corrija sistematicamente;



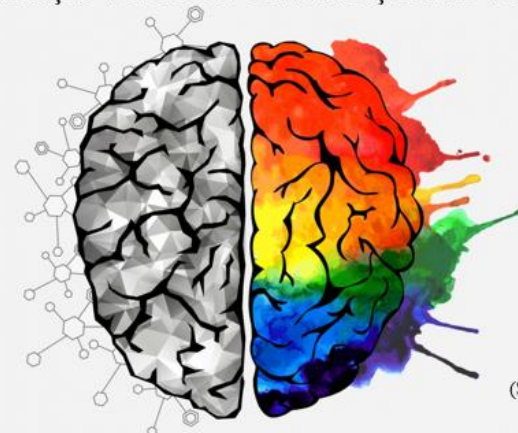
Comunicar com um Cliente com Deficiência Intelectual

- Não deve inferiorizar o cliente – o cliente é adulto, não devendo ser aplicada uma linguagem de regozijo ou infantil;
- Não deva falar do cliente como se este não estivesse presente no local.



(Sequeira, 2016; Neto & Baptista, 2019)

“É extremamente importante que exista congruência entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal.”



(Sequeira, 2016 p. 209)

Bibliografia

Marques, P. M. P. (2016). Intervenção Psicológica em Adultos com Deficiência Intelectual. Dissertação. Universidade Lusíada de Lisboa.

Neto, D. D. & Baptista, T. M. (2019). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais Volume 1 – Intervenções Clínicas. Edições Silabo. Lisboa

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel. Lisboa

<https://www.healthcareers.com/article/career/know-american-psychiatric-nurses-association>

<https://online.york.ac.uk/effective-communication-is-not-a-monologue/>

<http://cupe1764.ca/talking-to-members-about-mental-health/>

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

25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

ANEXOS

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Anexo I – Adaptação da Escala de Faces da Dor (DGS, 2003) e da Escala de Auto-Avaliação do Relaxamento Comportamental de Poppen (1988 cit in Payne, 2003) para avaliação de bem-estar, antes e depois relaxamento

16

17

Escala de Avaliação adaptada

Antes da Sessão		Depois da Sessão	
	1 – Sinto todo o meu corpo completamente relaxado, sem qualquer tensão.		1 – Sinto todo o meu corpo completamente relaxado, sem qualquer tensão.
	2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.		2 – Sinto-me mais relaxado do que o habitual.
	3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.		3 – Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso.
	4 – Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.		4 – Sinto alguma tensão em algumas partes do meu corpo.
	5 – Sinto, no geral, todo o meu corpo tenso.		5 – Sinto, no geral, todo o meu corpo tenso.
	6 – Sinto o meu corpo extremamente tenso.		6 – Sinto o meu corpo extremamente tenso.

1
2
3
4
5
6
7

1 **Referências Bibliográficas**

2

3 DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.
4 Circular Normativa Nº 9 DG/CG. Disponível em [https://www.aped-](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
5 [dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

6

7 Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento: um Guia Prático para Profissionais de
8 Saúde (2ª ed.). Loures: Lusociência.

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Anexo II – Guião da Atividade: Gestão da Agressividade Impulsiva (Parte I)
Psicoeducação em Saúde Mental em Contexto Prisional

1 **Impulsividade**

- 2 • É uma ação espontânea, não pensada, instigada por impulsos, com a
3 tendência a realizar um ato sem pensar nas suas consequências (que
4 maioritariamente são negativas), no impacto e na sua importância.
- 5 • Um ato impulsivo acontece antes do momento em que a pessoa consiga, de
6 forma consciente, pesar as consequências do que vai fazer.
- 7 • Estes impulsos/instintos podem ser por: perda do controlo sobre apetites e
8 desejos, e por perda do controlo sobre a agressão e comportamentos
9 destrutivos.
- 10 • A ansiedade está relacionada com a impulsividade.

11

12 **Agressividade Impulsiva**

- 13 • No entanto, uma pessoa pode ser impulsiva e não ser agressiva ou ser
14 agressiva e não ser impulsiva.
- 15 • Pessoas com traços mais impulsivos apresentam uma maior tendência para a
16 agressividade.
- 17 • Existem dois tipos de agressividade: a impulsiva e a agressividade premedita,
18 que diferem apenas no planeamento do ato.
- 19 • A agressividade impulsiva surge devido a uma elevada carga emocional, que
20 compromete o controlo de impulsos e a noção da realidade.
- 21 • Uma agressão impulsiva aplica-se nas explosões espontâneas agressivas,
22 desproporcionadas em relação à situação provocadora. Pode estar associada
23 a medo, raiva, desconfiança, que são emoções negativas.
- 24 • Aqui na prisão, o isolamento, o ruído, a perda de identidade, a perda de
25 privacidade, a falta de ocupação, podem despertar desconfiança, irritabilidade,
26 pensamentos negativos, podendo originar comportamentos de agressividade
27 impulsiva.

28

29

30

31

32

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Anexo III – Guião da Entrevista HEADSS

1 **Guia de Entrevista - HEADSS**

2 Este guia foi aplicado às jovens que acompanhei mais regularmente na UCC.

3

4 * Apresentação à jovem;

5

6 * **Confidencialidade** – “tudo o que disseres fica aqui, só é partilhado o que autorizares”.

7

8 * “Queres me contar um pouco o que te trouxe por cá?”

9

10
11 **H** – Moras com os teus pais? Como é a relação com eles? Como foi a conversa com
12 eles? Costumas passar tempo com a tua família?

13 **E** – Então e na escola, que disciplinas gostas? O que gostarias de seguir quando
14 terminasses o secundário? E a relação com os colegas?

15 **A** – Que atividades gostas de fazer para te divertires, de fazer nos tempos livres? E
16 exercício físico?

17 **D** – Sei que é comum os jovens terem curiosidade para experimentarem tabaco,
18 álcool, “erva”? Tu ou algum amigo teu já experimentou? E na tua família?

19 **S** – Neste momento tens alguma relação? Como é que está a correr? A nível de
20 contraceptivos, precisas de alguma coisa, alguma questão?

21 **S/D** – Nos momentos de maior ansiedade, tristeza, alguma vez pensaste em fazer
22 mal a ti própria?

23

24

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

Anexo IV – Mindfulness

1 **Mindfulness**

2 O *mindfulness* é definido, de acordo com Kabat-Zinn (2003 cit in Groves, 2016)
3 como uma maneira de aprender a prestar atenção, momento a momento, de forma
4 intencional, com uma curiosidade e compaixão, em que qualquer objeto, seja interno
5 ou externo, pode ser o foco da “atenção plena”. Germer (2005 cit in
6 Marques, Balreira & Temótio, 2018, p. 362) elucida que o termo *mindfulness* tem a
7 sua origem na tradução para inglês da palavra *Sati*, da língua budista Pali, que
8 “significa recordar (ter presente o que acontece), reconhecimento, consciência,
9 intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida e
10 autoconsciência”. Os autores supracitados enunciam a definição
11 de *mindfulness* de Zabat-Zinn (2003), como sendo a consciência que emerge da
12 capacidade de prestar atenção, com intenção, no presente momento, sem julgamento,
13 à experiência que se desenvolve momento a momento.

14 Em 1979, Zabat-Zinn dá um passo significativo para o *mindfulness*, criando o
15 Centro de *Mindfulness*, na Universidade de Massachusetts, e desenvolvendo a
16 técnica e Programa de Redução de *Stress* Baseado em *Mindfulness* (MBSR, traduzido
17 de *Mindfulness-Based Stress Reduction Program*), tendo como foco as intervenções
18 a clientes com ansiedade, fibromialgia e dor crónica (Miguel & Ruiz, 2020).

19 No ano de 1992, Segal, Williams e Teasdale (2012 cit in Groves, 2016)
20 desenvolveram a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT traduzido de
21 *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), que incluía princípios de terapia cognitivo-
22 comportamental, com o propósito de prevenção de episódios futuros de depressão
23 nos que se encontravam recentemente recuperados. Rodrigues, Nardi & Levitan
24 (2017) mencionam que o MBCT também compreende abordagens que se relacionam
25 com o humor, as emoções e pensamentos negativos e/ou ruminativos o evitamento,
26 a supressão e alterações do foro cognitivo.

27 Na Terapia Comportamental Dialética (DBT) desenvolvida por Linehan (1987,
28 cit. in Vandenberghe & Assunção, 2009), o sujeito aprende a aceitar as suas vivências,
29 categorizadas como negativas, para assim, atuar de maneira a promover mudanças
30 mais sentidas/profundas. Existe também a Terapia de Aceitação e Compromisso
31 (ACT), desenvolvida por Hayes, Strosahl e Wilson (1999), que visa a promoção da
32 flexibilidade psicológica, que é alcançada trabalhando a capacidade da pessoa de
33 estar no momento presente, vivendo-o em plenitude e valorizando-o exatamente como
34 é.

1 *Mindfulness* tem como base sete princípios que foram definidos por Zabat-Zinn
2 (2013) e García-Campayo (2018) citados por Miguel & Ruiz (2020): **não julgamento**
3 – deve-se observar, imparcialmente e sem juízos de valor, o que está a acontecer;
4 **aceitação** – deve-se aceitar as coisas tal como são; não forçar e nada esperar – é
5 observar e estar presente, deixar que as coisas sigam o seu rumo; **deixar ir** –
6 aprender a libertar sem se prender, as coisas são momentâneas; **mente de**
7 **principiante** – deve-se reconhecer o que não se sabe; **adoção de uma atitude gentil**
8 **em relação a si próprio** – compreender, através e com as próprias experiências e
9 vivências, as qualidades, os defeitos e os *handicaps*; **paciência** – na aprendizagem,
10 ser paciente.

11 Bishop *et al.* (2004) aludem que o processo do *mindfulness* deve ser
12 compreendido e medido por dois diferentes componentes que são estabelecidos
13 como: a autorregulação da atenção e a atitude de abertura e aceitação, da pessoa,
14 do momento presente.

15 Na área da psiquiatria e saúde mental, o foco principal é atender,
16 refletidamente, à experiência interna, como as sensações corporais, os pensamentos
17 e emoções (Groves, 2016). Este autor destaca que uma das características principais
18 do *mindfulness*, é a forma como se presta atenção à experiência vivida no momento
19 e não o conteúdo da experiência em si, é perceber a experiência e não ficar preso às
20 histórias negativas da experiência.

21 Na abordagem *mindfulness*, os dois elementos cruciais são o corpo e a
22 respiração, uma vez que ambos se encontram na dimensão do presente, no aqui e
23 agora, sendo o contrário das emoções e pensamentos, que se encontram em conexão
24 com o passado e futuro; então, a respiração e as sensações corporais são os dois
25 pontos de ancoração – é o objeto-alvo do foco da atenção (Miguel & Ruiz, 2020). Para
26 estas autoras, manter o foco nas sensações corporais possibilita escapar das
27 emoções negativas e dos pensamentos ruminativos.

28 O *mindfulness* tem duas técnicas básicas: as práticas formais e as informais.
29 As práticas formais são práticas que consistem na pessoa focar a sua atenção,
30 durante um período de tempo considerável, num objeto externo, seja um som, ou num
31 objeto interno como a respiração; já as práticas informais são as que se referem ao
32 foco da atenção numa atividade ou até mesmo numa situação do quotidiano, tornando
33 as pessoas conscientes da mesma (Miguel & Ruiz, 2020).

1 A utilização do *mindfulness* tem-se alargado a diferentes populações: clínicas,
2 não clínicas com várias patologias, como perturbações de ansiedade, perturbações
3 do humor, perturbações alimentares, *stress*, entre outras.

4 Pelo sucesso na população adulta, através de vários estudos, estas
5 abordagens terapêuticas foram expandidas até à população mais jovem, no entanto,
6 ainda é uma área de estudo relativamente recente, pelo que ainda não existe muita
7 informação e investigações nesta fase do ciclo vital. De acordo com o anteriormente
8 citado, estudos realizados com crianças e adolescentes revelam que a utilização do
9 *mindfulness*, que se define como uma abordagem que permite desenvolver a atenção
10 focada no presente, pode modificar a perspetiva como as pessoas pensam, sentem e
11 agem, reduzindo a sintomatologia depressiva e de *stress*, e assim promover o bem-
12 estar nas crianças em idade escolar (Kuyken *et al.*, 2013).

13 Um estudo, realizado nas escolas, incidiu na aplicação de um programa
14 baseado em *mindfulness*. O objetivo do estudo era testar a eficácia do respetivo
15 programa, no que dizia respeito ao bem-estar e saúde mental dos alunos num *timing*
16 imediatamente a seguir a um confronto com uma situação de *stress*, que foram os
17 exames de final de ano. Este programa de *mindfulness* foi implementado em 6 escolas
18 da Grã-Bretanha, com uma durabilidade de 9 semanas, tendo sido projetado
19 especificamente para ser aplicado e desenvolvido em sala de aula. Participaram mais
20 outras 6 escolas no estudo, mas estas não receberam o mesmo programa. O
21 resultado final do estudo demonstrou que os jovens das escolas que participaram no
22 programa de *mindfulness*, revelaram menos sintomatologia depressiva, menor nível
23 de *stress*, com um conseqüente maior bem-estar do que os jovens presentes no grupo
24 de controlo (Kuyken, *et al.*, 2013). Em suma, estes estudos vieram revelar a
25 importância da abordagem baseada no *mindfulness* na melhoria do bem-estar geral
26 das crianças e adolescentes.

27 No caso da ansiedade, o *mindfulness*, sendo aplicado com base em princípios
28 da terapia cognitivo-comportamental, ajuda na natureza da ansiedade, auxilia no
29 controlo da perceção de respostas mais ansiosas, dá apoio para uma exposição futura
30 a estímulos negativos, e por fim, consegue identificar e questionar pensamentos que
31 emergem relativamente à ansiedade (Mesquita & Furtado, 2019). Estes autores ainda
32 acrescentam que a ansiedade, mesmo sendo reconhecida como uma resposta natural
33 e antecipatória de uma situação de alerta/perigo, ao redirecionar o foco para a
34 experiência do presente momento, aceitando-a, pode ser benéfica na medida em que

1 auxiliará a anular e transformar as respostas, tornando-as compreensivas e recetivas
2 perante situações adversas que surgem.

3 Relativamente à capacidade de autorregulação através da prática do
4 *mindfulness*, surgiu uma investigação da regulação do Sistema Nervoso Autónomo
5 (SNA). Evidências preliminares para a regulação do SNA foram demonstradas através
6 de um estudo que referiu que a meditação consciente através da técnica do *body*
7 *scan*, conseguiu produzir uma maior ativação parassimpática do que o tradicional
8 relaxamento muscular progressivo (Ditto, Eclache, & Goldman, citados por Greeson &
9 Brantley, 2009). De acordo com estes autores, tem vindo a emergir uma
10 “dissemelhante” psicoterapia comportamental, que associa abordagens de
11 *mindfulness* com abordagens baseadas na aceitação, que são combinadas com a
12 TCC tradicional, relativamente ao tratamento de ansiedade, assim como no
13 tratamento de outras perturbações como a depressão, dor crónica, distúrbios
14 alimentares e perturbação da personalidade *borderline*.

15 No *mindfulness* e na TCC, o objetivo fulcral é ampliar a eficácia do tratamento,
16 através da exploração da relação de aceitação de uma vivência do momento presente
17 como um catalisador da modificação comportamental desejada, o que inclui
18 transformação das formas autodestrutivas do pensar, sentir e agir (Lau & McMain,
19 citados por Greeson & Brantley, 2009).

20 Na mais recente literatura surgem os múltiplos benefícios/vantagens da prática
21 de *mindfulness* (García-Campayo, 2018; Huguet & Alda, 2019 cit in Miguel & Ruiz,
22 2020, p.265-266):

- 23 • Melhora a capacidade de manter a atenção e a concentração;
- 24 • Promove a regulação emocional;
- 25 • Promove a introspeção e facilita o autoconhecimento;
- 26 • Reduz o *stress* e o mal-estar psicológico;
- 27 • Facilita a identificação de sensações corporais, de emoções e de pensamentos;
- 28 • Promove o reconhecimento de constantes mudanças;
- 29 • Diminui a impulsividade;
- 30 • Aumenta o limiar de tolerância à frustração;
- 31 • Aumenta a empatia e a qualidade das relações sociais;
- 32 • Melhora a qualidade de vida da pessoa.

33

1 **Referências Bibliográficas**

2 Bishop, S. R. *et al.* (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical*
3 *Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. DOI:
4 <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

5
6 Greeson, J. & Brantley, J. (2009). Mindfulness and Anxiety Disorders: Developing a
7 Wise Relationship with the Inner Experience of Fear. In Greeson, J. in *Clinical*
8 *Handbook of Mindfulness*. New York. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6_11

9
10 Groves, P. (2016). Mindfulness in psychiatry: where are we now?. *BJPsych Bulletin*,
11 n40, p.289-292. Disponível em [https://www.cambridge.org/core/services/aop-](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E4541966164E9B52B81830458E2AC382/S205646940000245Xa.pdf/mindfulness_in_psychiatry_where_are_we_now.pdf)
12 [cambridge-](https://www.cambridge.org/core/content/view/E4541966164E9B52B81830458E2AC382/S205646940000245Xa.pdf/mindfulness_in_psychiatry_where_are_we_now.pdf)
13 [core/content/view/E4541966164E9B52B81830458E2AC382/S20564694000024](https://www.cambridge.org/core/content/view/E4541966164E9B52B81830458E2AC382/S205646940000245Xa.pdf/mindfulness_in_psychiatry_where_are_we_now.pdf)
14 [5Xa.pdf/mindfulness_in_psychiatry_where_are_we_now.pdf](https://www.cambridge.org/core/content/view/E4541966164E9B52B81830458E2AC382/S205646940000245Xa.pdf/mindfulness_in_psychiatry_where_are_we_now.pdf)

15
16 Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment*
17 *Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford
18 Press.

19
20 Kuyken W., Weare K., Ukoumunne OC., Vicary R., Motton N., Burnett R., Cullen C.,
21 Hennelly & S., Huppert F. (2013) Effectiveness of the Mindfulness in Schools
22 Programme: non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*,
23 203(2),126-31

24
25 Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). Mindfulness e Saúde mental. In Sequeira, C. & Sampaio,
26 F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. 1ªed, p.263-268.
27 Lisboa: Lidel

28
29 Rodrigues, M., Nardi, A. & Levitan, M. (2017). Mindfulness nos transtornos do humor
30 e ansiedade: uma revisão da literatura. *Trends Psychiatry Psychother.* 39
31 (3) • Jul-Sep 2017 • <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>

32
33 Vandenberghe, L. & Assunção, A. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e
34 Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental.

1 Contextos Clínicos, 2(2):124-135, julho-dezembro 2009. DOI:
2 10.4013/ctc.2009.22.07

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

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

Anexo V – Bem-estar, *mindfulness* e adolescência

1 **Bem-estar, *Mindfulness* e Adolescência**

2 Nas últimas décadas, foram vários os estudos epidemiológicos (Kashani &
3 Orvaschel, 1988; Parker & Roy, 2001; Hayes, Bach, & Boyd, 2010 cit in Queimado,
4 2013) que têm apurado um crescimento de problemas do foro da saúde mental na
5 infância e na adolescência, como a depressão e a ansiedade. O *mindfulness* tem sido
6 integrado na promoção de saúde e tratamento com uma crescente recetividade no
7 contexto da saúde mental de forma a promover o bem-estar e conseqüente redução
8 da sintomatologia psicopatológica.

9 O *mindfulness* é uma prática que contrasta com o automatismo do dia-a-dia
10 (piloto automático) dos sujeitos, o que lhes permite não ter (ou evitar) comportamentos
11 não refletidos/automáticos. Então, o *mindfulness* é promotor da adesão a uma atitude
12 funcional de regulação comportamental, que se encontra geralmente relacionada com
13 níveis de bem-estar superiores. Elevados níveis de bem-estar estão arrolados com a
14 orientação ou reorientação do *focus* de atenção para o momento presente, tornando
15 esta prática numa ferramenta vantajosa na descentralização de pensamentos
16 negativos, permitindo à pessoa se focar nos aspetos autênticos da experiência (Brown
17 & Ryan, 2003).

18 As abordagens baseadas no *mindfulness* aplicadas a crianças e adolescentes
19 é algo recente, fomentando um crescente interesse em relação a este assunto ao
20 longo dos últimos anos.

21 Os autores Black, Milam, & Sussman em 2009, decidiram realizar uma revisão
22 da literatura, com o objetivo de entender se os benefícios encontrados nos adultos, do
23 *mindfulness*, também seriam encontrados nas crianças, analisando dezasseis
24 estudos sobre os efeitos gerados pelo *mindfulness* na saúde com jovens entre os 6 e
25 os 18 anos. Os estudos foram implementados em contexto escolar, contexto clínico e
26 contexto da comunidade. Após a análise dos estudos, os autores encontraram
27 resultados benéficos nos indicadores fisiológicos assim como nos psicológicos e
28 comportamentais. Relativamente aos indicadores psicológicos e comportamentais
29 das participantes, sete estudos incidiam sobre o impacto na ansiedade, dos quais
30 cinco revelaram um significativo decréscimo da ansiedade (Napoli, Kresh, & Holley,
31 2004; Grosswald, Stixrud, Travis, & Bateh, 2008, Beauchemin, Hutchins, & Patterson,
32 2008; Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2009; Biegel, Brown, & Shapiro, 2009, cit in Black,
33 Milam & Sussman, 2009). Outros estudos revelaram igualmente resultados positivos
34 na diminuição do défice de atenção nos jovens (Napoli, Kresh, & Holley, 2004; Semple,
35 Lee, Rosa, & Miller, 2009, Kratter & Hogan, 2009 cit in Black *et al.*, 2009).

1 Num estudo realizado com uma amostra masculina portadora do diagnóstico
2 Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), a participação no grupo
3 de meditação fez aumentar a atenção seletiva, reduziu a impulsividade e a
4 distratibilidade, comparando com os resultados do grupo de controlo (Kratte & Hogan,
5 2009, cit. in Black, Milam & Sussman, 2009).

6 Para estes mesmo autores, a revisão destes estudos possibilitou a recolha de
7 alguma evidência de que a intervenção baseada no *mindfulness* pode ser refutável
8 como uma abordagem de intervenção no tratamento de problemas fisiológicos,
9 psicológicos e comportamentais em crianças e jovens, pese embora apresente
10 limitações, como o facto da uma amostra ser pequena, quando é comparada com
11 investigações já existentes realizadas com adultos, sendo de extrema importância
12 investigar mais esta metodologia em crianças e jovens.

13 No que concerne ao tratamento na área de saúde mental, um estudo realizado
14 com crianças que apresentavam sintomatologia ansiosa, executado em contexto
15 escolar, em que as terapias cognitivas baseadas no *mindfulness* foram aplicadas,
16 observou-se uma redução dos sintomas. Um outro estudo realizado com crianças com
17 hiperatividade e défice de atenção, assim como os seus progenitores, foram obtidos
18 efeitos positivos na capacidade de análise do seu próprio comportamento (Singh *et*
19 *al.*, 2009, cit in Burke, 2010). Num estudo de Bootzin & Stevens (2005, cit in Burke,
20 2010), foram utilizadas intervenções baseadas na técnica de *mindfulness* com
21 adolescentes que tinham recebido tratamento por uso de substâncias, com
22 consequente alteração do padrão do sono. Após as intervenções, foram evidentes
23 menos queixas de sonolência e menos preocupações no quotidiano.

24 A prática de *mindfulness* auxilia o sujeito a ser mais hábil e criativo nas
25 respostas aos estímulos que recebe, evitando ou mesmo excluindo padrões de
26 comportamento lesivo, ajudando a desenvolver uma consciência centrada no
27 momento presente, sem julgamento, promovendo o respeito por si e autoaceitação
28 (Tang *et al.* 2013 cit in Queimado, 2013).

29
30

1 **Referências Bibliográficas**

2 Black, D., Milam, J. & Sussman, S. (2009). Sitting-Meditation Interventions Among
3 Youth: A Review of Treatment Efficacy. *Pediatrics*, 124(3), 532-41.

4
5 Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role
6 in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4,
7 822-848.

8
9 Burke, C. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A
10 preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child &*
11 *Family Studies*, 19, 122-144.

12
13 Queimado, P. (2013). *Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco.*
14 *Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação de Viseu. Disponível em*
15 [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2265/3/projeto%20-](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2265/3/projeto%20-FINAL%20PAULA.pdf)
16 [FINAL%20PAULA.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2265/3/projeto%20-FINAL%20PAULA.pdf).

17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Anexo VI – Guião da Sessão “Ter em Mente o Corpo – *Body Scan*”

26

27

1 **Guião *Body Scan***

2 Esta meditação vai-te convidar a percorrer o teu corpo com a tua consciência, vai
3 permitir também concentrar a tua mente nas sensações que vai encontrando. É uma
4 meditação simples que ajuda a diferenciar entre o pensar na sensação e vivê-la.

5

6 Vou pedir que te deites de costas ou te sentes, confortavelmente. Podes fechar os
7 olhos ou mantê-los abertos ou podes abri-los durante a meditação quando sentires
8 que estás a adormecer. As mãos repousam ao lado do corpo, as pernas esticadas,
9 ligeiramente afastadas.

10

11 Observa a sensação do corpo como um todo, assim relaxado... Toma consciência das
12 sensações de toque ou pressão nos pontos onde o teu corpo está em contacto com o
13 colchão. A cada expiração, deixa-te levar mais profundamente.

14

15 Recorda que é altura para despertar e não para adormecer. É um momento para ter
16 plena consciência da experiência como ela é, e não como pensas que deveria ser.
17 Não deves tentar mudar a forma como te estás a sentir, nem para ficares mais
18 descontraída ou mais calma. A intenção desta prática é trazer à consciência qualquer
19 sensação que tenhas à medida que vais focando a tua atenção em cada região do teu
20 corpo. Poderão existir momentos em que não identifies qualquer sensação. Se isso
21 acontecer, toma nota. Não há necessidade de tentares imaginar/criar sensações onde
22 nada é perceptível. Deixa que as coisas se manifestem tal como são.

23

24 Traz a consciência até às sensações da respiração no teu abdómen, repara como o
25 abdómen sobe no momento da inspiração e como desce quando expiram (**30s**).

26

27 Agora, concentra a atenção como se fosse um foco de luz, e fá-la descer lentamente
28 pelo corpo até às pernas...chegando aos pés...e aos dedos dos pés. Foca-te nos
29 dedos dos pés. Explora as sensações. É possível que notes uma sensação de
30 contacto entre os dedos dos pés, ou talvez uma sensação de formigueiro, de calor,
31 dormência ou simplesmente nada sentirem, se isso acontecer, não te preocupes, é a
32 tua experiência do momento. Sintas o que sentires, é legítimo. Não julgues, as
33 sensações tal como são, fica atenta ao que está a acontecer (**30s**).

34

35 Expira e deixa os dedos dos pés e guia a tua atenção para as sensações na planta
36 dos pés. Agora, dirige a atenção para o peito do pé...e a seguir para o calcanhar do

1 pé esquerdo...e direito... Podes notar uma ligeira sensação de pressão no ponto onde
2 os calcanhares entram em contacto com o colchão. Para cada uma das sensações
3 que descobrires, inspira e expira, como se a respiração fosse pano de fundo enquanto
4 exploras as sensações debaixo dos pés **(30s)**.

5

6 A tua atenção plena irá se expandir para toda a superfície dos pés...para o peito do
7 pé...para os tornozelos...até aos ossos e articulações. Faz uma inspiração mais
8 profunda para os dois pés. Na expiração, abandona completamente os pés e começa
9 a dar atenção à parte de baixo das tuas pernas, as sensações do contacto com o
10 colchão, às sensações na superfície da pele....

11

12 Depois da parte de baixo das pernas, sobe para os joelhos... sente o que se passa
13 com eles, repara nas sensações que se alteram e nas sensações que ficam na
14 mesma. Respira fundo mais uma vez. No momento da expiração, transfere a atenção
15 para as coxas. O que observas? Talvez a sensação da pele em contacto com a
16 roupa?... Sensação de peso?... De leveza?... Vibração?... Outras sensações?...

17

18 Faz uma longa inspiração e sente que a respiração podia entrar pelos pulmões e
19 continuar pelo corpo todo, através das pernas...e até à ponta dos pés **(20s)**. Agora na
20 expiração, sente a respiração a vir da ponta dos pés, percorrendo-
21 os...pernas...tronco...e finalmente a sair pelo nariz. Inspira e expira, inspira e expira,
22 inspira e expira... **(30s)**.

23

24 Agora, faz uma longa e profunda inspiração e no momento da expiração, deixa de te
25 concentrar nas pernas, deixa que se diluam na consciência e leva a tua atenção para
26 as ancas e pélvis. Primeiro, a anca direita...depois a anca esquerda...e finalmente
27 toda a zona pélvica. Imagina que o ar preenche toda essa zona, quando inspiras e
28 que sai quando expiras. Faz uma nova inspiração profunda...no momento da
29 expiração, passa lentamente a atenção das ancas e zona pélvica para as costas,
30 começando pela zona lombar... a seguir, com a inspiração, expande a tua consciência
31 alcançando o meio das costas....inspira e envolve a zona superior das costas, até
32 chegar às omoplatas... até finalmente envolver as costas na tua consciência,
33 respirando com as costas.... Faz uma nova inspiração, levando o ar às costas e
34 quando expirares, transfere a atenção das costas para o abdómen... observa as

1 diferentes sensações que surgem no abdómen à medida que a tua atenção repousa
2 nessa zona.... Observa as sensações à medida que inspiras...e expiras...

3

4 De vez em quando, é natural que te distraias com pensamentos, devaneios,
5 preocupações ou que tenhas pressa para passar à etapa seguinte. Podes te sentir
6 farta e impaciente, sentimentos que consomem muito da tua atenção. Sempre que
7 isso acontecer, não penses que falhaste ou que correu mal, limita-te a aproveitar o
8 momento para observares esses sentimentos...essas distrações...aceitando-as,
9 observando a forma como afetam o corpo. Sem críticas ou censuras.

10

11 Volta novamente a tua atenção para onde estava, o abdómen e respirem... Faz uma
12 nova inspiração profunda....na expiração, transfere a atenção do abdómen para o
13 peito. Observa as sensações atentamente, momento a momento, à medida que a tua
14 consciência envolve esta zona do corpo...

15

16 Faz agora uma inspiração mais profunda, enchendo bem o peito de ar... Ao expirar,
17 transfere a atenção para mãos e braços, mantendo-se bem no centro da tua atenção...

18 Delicadamente, guia a tua atenção plena para as duas mãos. Quando te focares nas
19 mãos, podes primeiramente tomar atenção às sensações na ponta dos dedos e
20 polegares, de seguida aos dedos e polegares por inteiro, palmas das mãos e por fim,
21 às costas das mãos.

22

23 Depois, foca a atenção para ombros e pescoço. O que sentes nesta região? Recebe
24 as sensações independentemente do que sentires. Respira com elas...Volta a inspirar
25 profundamente... Expira lentamente...

26

27 Passa a atenção dos ombros e pescoço para a cabeça e rosto... Começa pelo maxilar
28 inferior e queixo....boca e lábios...narinas...superfície do nariz...bochechas....os
29 ouvidos...os olhos...pálpebras...sobrancelhas...espaço entre as
30 sobrancelhas...testa...e os lados da testa...têmporas...e couro cabeludo...

31

32 Agora imagina que o ar preenche toda a cabeça...que sentes o ar a chegar à parte de
33 trás da cabeça, revigorante e renovando-se a cada inspiração....

34

35 Imagina agora que o ar invade todo o seu corpo... inspirando e levando o ar a todo o
36 corpo... e expirando e esvaziando o ar do corpo.....

1

2 Agora, sem pensar na respiração, deixa-te simplesmente ficar... O corpo quieto....

3 Uma sensação de regresso a casa...ao corpo... sentindo-se tal como és... completa

4 e inteira... deixa-te repousar nessa consciência... momento após

5 momento.....

6

7

8

9

1 **Referências Bibliográficas**

2

3 Williams, M. & Penman, D. (2015). Mindfulness – Atenção Plena. 17ª ed. Lua de
4 Papel: Alfragide.

5

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

Anexo VII – Plano da Sessão “Ter em Mente o Corpo – *Body Scan*”

Plano da Sessão – “Ter em Mente o Corpo – *Body Scan*”

Data: 9/04/2021

Objetivo da sessão:

- Explorar a diferença entre pensar sobre uma sensação e vivê-la.
- Capacitar a mente para focar a atenção nas sensações corporais sem julgamento ou na análise das mesmas.
- Distinguir “a mente pensante” da “mente que sente”.
- Proporcionar relaxamento.

Local da Sessão: Unidade de Cuidados à Comunidade

População-alvo: 1 adolescente

Formadores: Margarida da Silva

Etapas	Metodologia	Atividades a Desenvolver	Recursos Materiais	Tempo	Formador
Acolhimento	Interativo Ativo	Dar as boas-vindas ao grupo/jovem Apresentar-me como futura enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e explicar o conteúdo e objetivo da sessão Pedir que se sente confortavelmente.	Puffs/Cadeira	5 minutos	Margarida da Silva
Quebra-gelo	Interativo Interrogativo Ativo	Pedir à jovem que escreva os motivos/situações que a fazem sentir ansiedade, como é que a sente, que leia em voz alta e que de seguida rasgue o papel.	Puffs/Cadeira	10 minutos	Margarida da Silva

<p>Intervenção/Meditação</p>	<p>Interativo Ativo</p>	<p>Para o <i>body scan</i>, pedir à adolescente que se sente confortavelmente.</p> <p>Guiá-la para se dedicar às suas sensações corporais, desde os dedos dos pés até à cabeça – esta meditação proporciona que cada região do corpo seja foco de atenção central, sem julgamento, durante um período de tempo, desligando essa mesma atenção para mudar o foco para a seguinte região, até percorrer todo o corpo, atingindo uma atenção plena ampla.</p>	<p>Puffs/Cadeira</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Margarida da Silva</p>
<p>Heteroavaliação</p>	<p>Participativo Interativo Interrogativo</p>	<p>Observar a postura, fâcias da jovem após a meditação.</p> <p>Dar início a um diálogo aberto, com ênfase na partilha do que foi experienciado e vivenciado durante a intervenção, se esta correspondeu às expectativas, se não, tranquilizar para que não sinta que falhou.</p>	<p>Canetas Fichas de avaliação Capas duras</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Margarida da Silva</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

Anexo VIII – Modelo Transteórico da Mudança

1 **Modelo Transteórico da Mudança**

2 O Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1943, 1982 cit
3 in Tomás *et al.* 2020) tem como base o conceito de motivação como uma vontade de
4 mudar ou um estado de prontidão. Neste processo, a pessoa passa por várias etapas,
5 iniciando-se pela ausência de insight até à mudança concreta, sendo um processo em
6 que a pessoa pode voltar atrás nos estádios e recomeçar.

7 Este processo é composto por cinco fases, podendo ocorrer uma sexta fase:

- 8 • **Pré-Contemplação:**
 - 9 ○ a pessoa não considera a mudança pois não tem consciência do
 - 10 comportamento nocivo que deve modificar, nem noção da gravidade e
 - 11 implicação dos objetivos;
 - 12 ○ a pessoa rejeita a expectativa de mudança, encontra-se “bem, sem
 - 13 qualquer problema”, aceitando os riscos associados –
 - 14 resistente/negação;
 - 15 ○ encontra-se pouco ou nada permeável à mudança;
 - 16 ○ para que mude, é necessário que ocorra uma experiência emocional
 - 17 traumática ou a utilização de técnicas de comunicação que provoquem
 - 18 uma fenda emocional.
- 19 • **Contemplação –** ocorre após tomada de consciência do problema, sendo um
20 período de reflexão e influência;
 - 21 ○ a pessoa aceita que o seu comportamento/situação vivenciada poderá
 - 22 não ser a mais adequada para alcançar os seus objetivos pessoais;
 - 23 ○ a pessoa consciencializa-se do problema mas não está preparada para
 - 24 o alterar ou não tem a certeza de o querer fazer – contempla a mudança
 - 25 mas rejeita-a ao mesmo tempo – ambivalência;
 - 26 ○ existe alguma receptividade à mudança, havendo energia para tal;
 - 27 ○ a pessoa não compreende as implicações ou as consequências
 - 28 negativas dos problemas;
 - 29 ○ constatação clara do problema pode ser um processo difícil e/ou
 - 30 penoso, o que leva a pessoa a viver emoções, sentimentos de
 - 31 culpabilidade, medo de rejeição ou desencorajamento pelo trabalho
 - 32 imprescindível à mudança;
 - 33 ▪ isto pode levar a pessoa a minimizar a importância das suas
 - 34 perturbações, a negar a sua existência ou a recusar que
 - 35 necessita de ajuda.

- 1 • Preparação – após capacidade de entender a ambivalência e resolvida a
2 mesma com a consciência do conflito:
- 3 ○ a pessoa está preparada e pronta para mudar o comportamento –
4 assume um compromisso;
- 5 ○ a pessoa está envolvida na mudança e tem um plano – esquema mental
6 sobre como iniciará o processo da mudança;
- 7 ○ a pessoa planeia a mudança – mas mantém algumas dúvidas sobre as
8 estratégias a adotar;
- 9 ○ a pessoa pode optar por se envolver e mudar ou renunciar e recair no
10 problema – o enfermeiro deve orientar a pessoa para uma escolha
11 autónoma e esclarecida.
- 12 • Ação:
- 13 ○ a pessoa implementa o processo de mudança – alterando o
14 comportamento indesejável:
- 15 ▪ utiliza terapia como meio de assegurar a implementação do
16 plano, ganhar autoeficácia e gerar as condições externas para a
17 mudança.
- 18 • Manutenção:
- 19 ○ mantém-se o novo comportamento adotado ou a abstenção do
20 comportamento anterior:
- 21 ▪ através da adoção de um conjunto de estratégias adotadas para
22 evitar a recaída;
- 23 ○ a pessoa sente-se com capacidade de se tomar a cargo – devendo se
24 manter consciente das dificuldades que possam surgir e que deve gerir
25 de uma forma positiva de maneira a evitar a recaída.
- 26 • Recaída:
- 27 ○ a pessoa abandona o comportamento benéfico para a saúde que fora
28 adotado – reinicia o comportamento prejudicial;
- 29 ○ a pessoa poderá recair na fase de manutenção – apesar de atingir
30 alguma mudança, implicando ter de recomeçar o processo da mudança,
31 o que pode levar ao surgimento de sentimento de desesperança.
- 32 ○ o processo de recaída não deve ser encarado como um facto isolado
33 mas sim como como uma série de processos cognitivos,
34 comportamentais e afetivos, devendo ser visto como uma fase
35 transitória;

- 1 ○ faz parte do processo de mudança que muitas vezes é essencial para
2 que a pessoa possa (re)aprender e recomeçar – de forma mais
3 consciente de todo o processo;
- 4 ○ a seguir à recaída, a pessoa pode retomar à fase de pré-contemplação,
5 de contemplação ou preparação, sendo desejável reiniciar o processo
6 de cessação do comportamento nocivo anterior com a maior urgência;
- 7 Este modelo é um processo em espiral que passa várias vezes pelas diferentes
8 fases do ciclo até terminar e atingir a mudança do comportamento.

9

10

11

12

13

14

1 **Referências Bibliográficas**

2

3 Tomás, C. *et al.* (2020). Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação –
4 Entrevista Motivacional. Escola Superior de Leiria. DOI:
5 <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>

6

7