



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL NA ADESÃO  
TERAPÊUTICA DA PESSOA COM  
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA:  
desenvolvimento de competências especializadas em  
enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

**Ezequiel Armando Oliveira Domingos**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Saúde  
Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,**

**2025**





Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL NA ADESÃO  
TERAPÊUTICA DA PESSOA COM  
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA:  
desenvolvimento de competências especializadas em  
enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

**Ezequiel Armando Oliveira Domingos**

**Orientadora: Professora Maria Luísa Franco Vieira Gonçalves**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Saúde  
Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,**

**2025**



A solidariedade é o sentimento que melhor expressa o  
respeito pela dignidade humana.

(Kafka, sd)



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Luísa Gonçalves, pelo acompanhamento e orientação ao longo deste percurso académico, a sua conduta pautou-se de apoio e motivação em fazer mais e melhor ao longo desta jornada de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao corpo docente que integrou este mestrado no âmbito do consórcio estabelecido entre a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa — Alto Tâmega e Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, grato por todos os conhecimentos partilhados.

Expresso também a minha gratidão a todo o corpo não docente da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pelo generoso apoio e disponibilidade no decorrer deste percurso.

Aos meus familiares e amigos, agradeço sinceramente por todo o apoio, paciência e incentivo. A vossa presença e compreensão foram fundamentais para a conclusão desta etapa. Muito obrigado por estarem sempre ao meu lado.

A todos os utentes que se cruzaram comigo no âmbito dos ensinamentos clínicos, cuja coragem, resiliência e confiança foram uma fonte de inspiração e aprendizagem inestimável. Obrigada pela partilha das vossas narrativas de vida que contribuíram de forma única e valiosa para enriquecer este trabalho e que motivam a melhoria contínua dos cuidados prestados.



## RESUMO

As perturbações depressivas e de ansiedade constituíram, em 2019, uma das principais causas de encargos globais em saúde, sendo a não adesão à terapêutica farmacológica um dos maiores obstáculos no tratamento das perturbações depressivas. Neste contexto, a psicoeducação consolidou-se como uma abordagem psicoterapêutica orientada para a promoção da literacia em saúde e otimização da adesão terapêutica.

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, teve como objetivo apresentar o percurso formativo realizado e evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; bem como ilustrar a aquisição de competências de mestre, através da análise crítica e reflexiva da prática profissional.

Os diferentes Ensinos Clínicos proporcionaram experiências que permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências fundamentais. Embora todas as competências previstas tenham sido trabalhadas, a promoção da adesão terapêutica, o reforço do autocuidado e a gestão dos efeitos adversos dos tratamentos foram objeto de maior desenvolvimento, por se articularem diretamente com o projeto de autoformação e por conseguinte com título deste relatório.

A realização do mesmo, no âmbito do Módulo III, assinalou o culminar deste percurso académico cuja elaboração, recorreu a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na evidência científica e nos referenciais normativos da profissão, nomeadamente o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros e o referencial teórico de Hildegard Peplau.

As intervenções realizadas promoveram o autoconhecimento, o desenvolvimento do juízo crítico, a capacidade de tomada de decisão e otimizaram as competências técnicas e científicas, possibilitando a consolidação de uma prática baseada na evidência. Essas intervenções evidenciaram a aplicação dos conhecimentos adquiridos no contexto académico na prática clínica, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem em saúde mental.

**Palavras-chave:** Adesão terapêutica, Enfermagem, Saúde Mental, Psicoeducação

## **ABSTRACT**

Depressive and anxiety disorders were among the principal contributors to the global burden of disease in 2019, with non-adherence to pharmacological treatment constituting one of the major obstacles in the management of depressive conditions. Within this context, psychoeducation has been consolidated as a psychotherapeutic approach directed towards enhancing health literacy and optimising therapeutic adherence.

This dissertation, undertaken within the framework of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, aims to present the educational and clinical trajectory pursued, to evidence the development of both general and specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist, and to illustrate the acquisition of master's-level competencies through critical and reflective analysis of professional practice.

The various Clinical Placements provided experiences that enabled the acquisition and development of fundamental competencies. Although all the expected skills were addressed, particular emphasis was placed on promoting therapeutic adherence, strengthening self-care, and managing the adverse effects of treatments. These areas received greater attention as they were directly aligned with the self-directed learning project and, consequently, with the title of this report.

It's elaboration, within the scope of Module III, represents the culmination of this academic journey, utilising a descriptive, analytical, and reflective methodology underpinned by scientific evidence and professional regulatory standards, namely Regulation No. 515/2018 of the Portuguese Order of Nurses, alongside the theoretical framework proposed by Hildegard Peplau.

The interventions undertaken fostered self-awareness, enhanced critical thinking and clinical reasoning, strengthened decision-making capabilities, and refined technical and scientific competencies, thereby consolidating evidence-based practice. Furthermore, these interventions demonstrated the effective translation of academic knowledge into clinical practice, contributing meaningfully to the continuous advancement of mental health nursing care.

**Keywords:** Mental Health; Nursing; Psychoeducation; Therapeutic Adherence

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CENAT - Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental

Cf. - “Confira” ou “Confronte com”

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DASS 21 - Depression, Anxiety, and Stress Scale

EC – Ensinos Clínicos

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EORTC QLQ-C15-PAL - European Organization for Research and Treatment of Cancer  
Quality of Life Questionnaire – Core 15 for Palliative Care

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EVA - Escala Visual Analógica

Ex. – Exemplo

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

ICC –Intervenção Cognitivo Comportamental

IHME | GHDx - Institute of Health Metrics and Evaluation | Global Health Data Exchange

OMS - Organização Mundial de Saúde

ISJD – Instituto São João de Deus

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPS - Palliative Performance Scale

SESARAM EPERAM – Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

Sic –*sic erat scriptum*, assim, tal e qual



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. A pessoa com sintomatologia depressiva e os desafios da adesão terapêutica.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção da adesão à terapêutica.....</b>	<b>27</b>
1.3.1 Promoção da Literacia em Saúde mediante Intervenções Psicoeducativas .....	29
1.3.2. Técnica da Relação de Ajuda .....	33
<b>CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .</b>	<b>39</b>
<b>2.1. Contexto comunitário.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2. Contexto Internamento .....</b>	<b>43</b>
<b>2.3 Contexto de Respostas Diferenciadas .....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO III - ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS... </b>	<b>51</b>
<b>3.1. Competências comuns de enfermeiro especialista.....</b>	<b>53</b>
3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	53
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	57
3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	60
3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	62
<b>3.2. Competências específicas de enfermeiro especialista em ESMP.....</b>	<b>66</b>
3.2.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro mercê de vivências e processos de autoconhecimento desenvolvimento pessoal e profissional.....	67
3.2.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família grupos e comunidade na otimização da saúde mental .....	71

3.2.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família grupos e comunidade a recuperar a saúde mental mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto .....	76
3.2.4 Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e dinâmica individual familiar de grupo ou comunitário de forma a manter melhorar e recuperar a saúde .....	82
<b>3.3 Competências de Mestre.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>i</b>
<b>ANEXO A - CLUNY AUTUMN SCHOOL 2023.....</b>	<b>iii</b>
<b>ANEXO B - V CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL: BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>v</b>
<b>ANEXO C - IV ENCONTRO DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA DA ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE A PAR COM O FUTURO.....</b>	<b>vii</b>
<b>ANEXO D - 2.º CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>ANEXO E - COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>xi</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório reflete o culminar do percurso académico iniciado no decorrer do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promovido pelo consórcio estabelecido entre a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa — Alto Tâmega e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, no âmbito da Unidade Curricular estágio com relatório, visando a sua apresentação e discussão pública com o objetivo de obter o título de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

Ao longo do presente relatório, será explanado de que modo os Ensinos Clínicos (EC) possibilitaram a aplicação dos conteúdos teóricos lecionados no decorrer do referido mestrado, bem como a respetiva consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento pessoal apresentado e a aquisição das competências científicas e técnicas em Enfermagem de Saúde Mental.

De acordo com a OE, (2018) a enfermagem de saúde mental centra-se na promoção da saúde mental, prevenção e intervenção em respostas humanas desajustadas, utilizando competências psicoterapêuticas que permitem ao enfermeiro especialista desenvolver um juízo clínico singular, que lhe permite compreender e intervir nos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, assim como nas implicações para o projeto de vida do utente, no seu potencial de recuperação e na forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

Para o efeito, é crucial o desenvolvimento contínuo das competências de tomada de decisão e juízo crítico, essenciais para a prestação de cuidados especializados as quais são decisivas para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes, caracterizadas pela confiança, parceria e compreensão das particularidades de cada utente (Peplau, 1997; Su et al., 2024).

A utilização de práticas baseadas na evidência permite que o EESMP adapte as suas intervenções de forma flexível, conforme as necessidades de cada utente, garantindo uma prática ética, sensível e adaptada a cada contexto clínico (OE, 2018).

A escolha do título deste relatório foi motivada pela relevância da problemática da não adesão à terapêutica em saúde mental, uma condição que compromete a estabilização da doença; aumenta a gravidade dos sintomas, o risco de recaídas e as taxas de (re) internamentos; e diminui as taxas de remissão, o que afeta diretamente a qualidade de vida e o bem-estar desta população (Pejuskovic et al., 2023)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as perturbações depressivas destacam-se como um dos problemas de saúde mais prevalentes na União Europeia, afetando a vida de aproximadamente 50 milhões de pessoas (OMS, 2022). Segundo as estatísticas a depressão é a segunda principal causa de incapacidade, estimando-se que cerca de 11% da população possa vivenciar pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida, configurando um importante desafio em saúde pública (OMS, 2022).

Face a esta realidade, e no decorrer do projeto de autoformação optou-se por aprofundar conhecimentos e competências nesta área específica de intervenção. A escolha de desenvolver de um modo mais aprofundado e específico, a intervenção na população com sintomatologia depressiva foi, portanto, deliberada, uma vez que nem todos os indivíduos com sintomas depressivos apresentam perturbação depressiva diagnosticada (Zhang et al., 2023). Isso permite uma abordagem mais ampla e menos redutora, que abrange também os casos subclínicos, proporcionando uma intervenção preventiva que pode mitigar o risco de cronicidade da sintomatologia e evitar a sua evolução para formas mais graves da doença (Chen et al., 2021; Zhang et al., 2023).

Neste sentido, e no âmbito desta temática mais específica, serão enfatizadas as intervenções psicoeducativas de enfermagem, cujos benefícios são reconhecidos no contexto psiquiátrico, por otimizar a adesão ao tratamento, reduzir recaídas clínicas e promover níveis mais elevados de insight (Iuso et al., 2023).

Deste modo, o presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos principais. O primeiro capítulo remete para o enquadramento teórico, no qual será efetuada uma revisão narrativa da literatura de modo a explorar os desafios da adesão terapêutica na pessoa com sintomatologia depressiva, bem como os conceitos e fatores relacionados com a adesão, além do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) no planeamento e implementação de intervenções e estratégias promotoras da mesma, com ênfase para as intervenções psicoeducativas.

No segundo capítulo, será apresentada uma caracterização dos campos de estágio, contextualizando a diversidade de experiências, que contribuíram para o desenvolvimento das competências de especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O terceiro capítulo oferecerá uma análise crítica e reflexiva da aquisição das referidas competências em diversos domínios, incluindo o desenvolvimento de aprendizagens, a prestação de cuidados especializados, a gestão de cuidados e da qualidade, bem como a responsabilidade ética e legal. Este capítulo visa integrar e correlacionar os conceitos teóricos

adquiridos com as competências desenvolvidas e consolidadas no decorrer dos Ensinos Clínicos (EC).

Para a construção do presente relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, que implicou o recurso à pesquisa em bases de dados eletrônicas como o *Google Scholar*, *Pubmed*, *Scielo* entre outras consultadas através da plataforma *EBSCOhost Web*, bem como a consulta de dissertações, teses de doutoramento, livros e manuais. Foram igualmente consultadas outras fontes institucionais de reconhecida credibilidade como a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A redação deste relatório obedece às normas da 7ª edição da American Psychological Association e do guia de elaboração de trabalhos académicos da ESESJC.



## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, amplamente reconhecida como uma das maiores contribuições para a enfermagem psiquiátrica, foi desenvolvida na década de 1950, revolucionando a prática ao centrar o foco no relacionamento entre o enfermeiro e o utente.

Peplau, através da sua obra pioneira "Interpersonal Relations in Nursing", propôs que o enfermeiro não fosse apenas um agente de cuidados técnicos, mas um facilitador do processo terapêutico, promovendo uma interação dinâmica entre o enfermeiro e o utente que possibilita uma recuperação mais holística e eficiente (Peplau, 1997).

Segundo, Peplau, (1997) a enfermagem vai além da execução de tarefas médicas, englobando a vertente educacional e de suporte emocional. A base da sua teoria está na relação interpessoal, onde o enfermeiro deve criar um ambiente terapêutico baseado na confiança, respeito e empatia. Este ambiente permite que o utente se sinta seguro para expressar as suas emoções e dificuldades, facilitando o processo de autoconhecimento e a compreensão do seu estado de saúde.

Para o efeito, Peplau estruturou a sua teoria, considerando que a relação terapêutica se estabelece em quatro fases distintas, designadamente:

- Fase de Orientação: Nesta fase inicial, o enfermeiro e o utente encontram-se pela primeira vez. O enfermeiro tem o papel de identificar as necessidades do utente e, gradualmente, conquistar a sua confiança, fornecendo informações claras sobre o processo terapêutico. O foco consiste em ajudar o utente a reconhecer a seu estado de saúde, bem como as suas necessidades (Peplau, 1997; Su et al., 2024).
- Fase de Identificação: O utente começa a aceitar a ajuda oferecida pelo enfermeiro e ambos trabalham em conjunto para identificar problemas e definir objetivos. A confiança estabelecida entre ambos permite que o utente explore os seus sentimentos e preocupações de uma forma mais profunda, promovendo uma compreensão mais clara da sua situação (Peplau, 1991; Xe et al., 2024).
- Fase de Exploração: Nesta fase, o utente e o enfermeiro colaboram ativamente na exploração de soluções e estratégias para enfrentar os problemas identificados. O enfermeiro encoraja o utente a adotar novos comportamentos e a tomar decisões informadas sobre o seu tratamento, o que aumenta a autonomia e o empoderamento do mesmo (Peplau, 1991; Peplau, 1997).

- Fase de Resolução: Com o problema inicial abordado e o tratamento em curso, o utente obtém maior autonomia e capacidade para lidar com suas dificuldades. O relacionamento entre o enfermeiro e o utente termina à medida que o utente atinge um nível mais elevado de funcionamento independente (Peplau, 1991; Peplau, 1997; Su et al., 2024).

Articulando a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau com a promoção da adesão terapêutica, esta mostra-se particularmente eficaz uma vez que ao estabelecer um vínculo terapêutico forte, o enfermeiro cria um ambiente no qual o utente sente-se valorizado e compreendido, sendo essencial para superar as barreiras emocionais, (como o estigma, o medo, a ansiedade, a negação, a falta de confiança, a baixa autoestima e eventualmente o isolamento social), que podem dificultar a adesão ao tratamento e a comunicação efetiva com o enfermeiro que muitas vezes impedem a adesão ao tratamento (Peplau, 1997).

A referida teoria enfatiza a importância da qualidade da interação enfermeiro-utente na identificação dos fatores que comprometem a adesão terapêutica, promovendo, por meio dessa relação, o apoio na escolha de estratégias mais eficazes, a facilitação da comunicação, redução da ansiedade e colmatando as necessidades do utente (Su et al., 2024).

Neste sentido, a conceptualização teórica defendida por Peplau proporciona um enquadramento que permite ao enfermeiro atuar como educador e mediador, esclarecendo a importância do tratamento, fornecendo informações detalhadas sobre os efeitos e benefícios do mesmo e motivando a adesão (Su et al., 2024).

Nesta ótica, o enfermeiro especialista em saúde mental atua como educador, utilizando a psicoeducação para promover o entendimento sobre a doença, o tratamento, seus benefícios e efeitos, favorecendo assim a adesão ao tratamento, reduzindo o estigma e as possíveis inseguranças do utente. Também atua como mediador na comunicação entre o utente e outros profissionais de saúde, facilitando a expressão de sentimentos e crenças, identificando possíveis obstáculos à adesão terapêutica e consequentemente melhorando a disponibilidade e motivação do utente para integrar e consolidar os ensinamentos efetuados.

A psicoeducação, ao informar e motivar, ajuda o utente a tomar decisões mais informadas e a se envolver ativamente no processo terapêutico (Lemes & Neto, 2017).

O enfermeiro especialista em ESMP assume assim um papel de destaque ao atuar como um facilitador de mudanças comportamentais e emocionais (Schönenberg et al., 2024), que contribuem para a prevenção de problemas de saúde mais graves e complexos.

Deste modo, através da escuta ativa, da empatia, da comunicação terapêutica e da relação de ajuda (enquanto intervenção psicoterapêutica), o enfermeiro demonstra

conhecimentos e competências para ajudar o utente a explorar os seus medos e dúvidas em relação à patologia e ao tratamento, potenciando a adesão às recomendações terapêuticas (Sequeira et al., 2016).

Contudo, é importante ter presente que a adesão ao regime terapêutico, preconiza uma intervenção bem mais abrangente e complexa que o cumprimento do regime medicamentoso. De acordo com Laranjeira et al., (2023), a adesão ao regime terapêutico contempla fatores que envolvem o utente e seu percurso de vida (antecedentes pessoais, crenças, atitudes, processo de aceitação da doença mental, compromisso terapêutico), o microssistema (prestadores de cuidados de saúde e suporte social e familiar) e o mesossistema/exossistema (organização de saúde e das dinâmicas familiares e sociais).

Os resultados desta adesão são usualmente avaliados em três parâmetros, designadamente: resultados clínicos e sociais obtidos, grau de compromisso com o tratamento e a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Laranjeira et al., 2023).

Face ao exposto, revela-se crucial identificar as características individuais do utente e compreender o contexto em que o mesmo se encontra, adotando uma abordagem integrativa que o veja como um ser biopsicossocial e que seja centrada no seu empoderamento (Bolton & Gillett, 2019; Chalifour, 2008). Esta metodologia de intervenção possibilita por sua vez, que o utente e família assumam um papel central na tomada de decisão partilhada e consequentemente na otimização da adesão ao regime terapêutico.

As investigações recentes neste domínio destacam a teoria das relações interpessoais de Peplau como uma abordagem central na enfermagem de saúde mental contemporânea, enfatizando a eficácia da teoria na promoção de uma maior adesão terapêutica, na melhoria dos resultados em saúde mental e na redução de recaídas (Forchuk, 1995; Kverno & Fenton, 2021; Landeen et al., 2000).

## **1.2. A pessoa com sintomatologia depressiva e os desafios da adesão terapêutica**

De acordo com Semahegn et al., (2020) as perturbações depressivas e de ansiedade figuravam entre as 25 principais causas de encargos a nível mundial em 2019, sendo estes dados agravados pela baixa adesão ao regime terapêutico.

Em 2021 as perturbações mentais continuaram a ter uma grande incidência, com 444 milhões de novos casos, dos quais 357 milhões estavam relacionados com as perturbações depressivas (Institute of Health Metrics and Evaluation Global Health Data Exchange (GHDx), 2021).

Em Portugal, a depressão e a ansiedade representam um impacto significativo tanto na qualidade, quanto na expectativa de vida, correspondendo a 12,3% dos anos vividos com incapacidade e 5,8% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (European Anti Poverty Network, 2021).

Estes dados reforçam a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde mental a nível global, promovendo políticas que respondam aos determinantes sociais e económicos que aumentam a prevalência da depressão (IHME | GHDx), 2021).

A literatura corrobora a pertinência de programas de prevenção e intervenção precoce, defendendo que a consciencialização da sintomatologia depressiva facilita a utilização de estratégias de coping, potencialmente adaptativas, que contribuem para a remissão da mesma (Beames et al., 2021).

Para Judd et al., (2000) a intervenção precoce na sintomatologia depressiva é essencial, pois a persistência dos sintomas agrava as disfunções interpessoais e dificulta a realização das atividades diárias e de lazer. Essa abordagem é especialmente benéfica para os utentes com episódios recorrentes, ajudando a reduzir a progressão dos sintomas e a aumentar os intervalos entre as crises. Além disso, diminui a probabilidade de recorrência, que é significativamente maior após um primeiro episódio depressivo não tratado (Judd et al., 2000). Assim, a abordagem precoce não só diminui a intensidade dos sintomas, como contribui para a otimização da qualidade de vida do indivíduo a longo prazo (Zhang et al., 2023).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel crucial, não só na promoção da saúde mental, mas também na prevenção da doença mental e no apoio aos processos de transição, que podem gerar sofrimento emocional e psicológico. A sua intervenção é fundamental, pois destina-se a agir precocemente em casos de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos desafios da vida, que podem culminar em transtornos mentais, especificamente a depressão (OE, 2018).

O enfermeiro especialista em ESMP, com conhecimentos e competências especializados, está capacitado para identificar sinais precoces de sofrimento, intervir de forma eficaz, reduzindo a severidade dos sintomas, prevenindo as recaídas e melhorando o prognóstico desta população específica (OE, 2018).

Com base nestes pressupostos, optou-se por desenvolver neste relatório, a temática da adesão terapêutica na população com sintomatologia depressiva que compreende não apenas a população portadora de perturbação depressiva, mas também todos os contextos subclínicos, sendo relevante a intervenção precoce na maximização dos ganhos em saúde, os quais podem evitar o agravamento dos sintomas depressivos e a sua evolução para doença crónica (Zhang et

al., 2023). Nos casos em que esta, já está diagnosticada, o objetivo centra-se na mitigação do seu agravamento e na promoção da qualidade de vida da pessoa.

A realidade é que muitas pessoas experimentam episódios de tristeza profunda, cansaço ou desinteresse de forma transitória, decorrentes de uma resposta emocional normativa perante acontecimentos adversos, como perdas ou mudanças significativas, que não são indicativas de doença mental (Barlow, 2014).

A dificuldade de elaborar as perdas, gerir os desafios da vida e efetivar um processo de adaptação eficaz, com a conseqüente regressão da sintomatologia depressiva, pode a médio-longo prazo ser preditor de um maior risco de perturbação depressiva (Reich & Schatzberg, 2023; R. J. Thompson et al., 2010). A diferença entre o sofrimento emocional transitório e a perturbação depressiva, é que nesta última, os sintomas tendem a ser mais graves e duradouros, afetando de forma significativa o funcionamento global da pessoa (Hollon, 2020).

A depressão apresenta-se como o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente, implicando um elevado grau de incapacidade e absentismo laboral e demonstrando, num considerável número de casos, tendência para a cronicidade (Oliveira & Andrade, 2019)

De acordo com a American Psychiatric Association (APA) no DSM-5, a depressão é classificada dentro dos transtornos depressivos e definida por uma série de critérios clínicos específicos que diferenciam estados depressivos transitórios de uma perturbação depressiva major (American Psychiatric Association, 2013).

A depressão é descrita como um transtorno mental complexo e multifacetado, caracterizado por um estado persistente de tristeza, perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, alterações de apetite e sono, sentimentos de culpa ou inutilidade, fadiga e dificuldade de concentração, sendo uma condição que afeta significativamente a funcionalidade emocional, física e social do indivíduo (Organização Mundial de Saúde, 2020)

A não adesão ao regime terapêutico acarreta um risco acrescido de insucesso no tratamento, resultando no agravamento do estado clínico, o que pode levar ao surgimento de complicações, ao aumento do sofrimento do utente e da sua família, ao maior risco de recaídas, internamentos e prolongamento do tratamento. Estas conseqüências implicam um aumento dos custos em saúde, bem como das taxas de mortalidade e morbidade (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Segundo Kvarnström et al., (2021) os fatores que influenciam a adesão ao tratamento podem ser classificados em cinco categorias principais: fatores sociais, económicos e culturais; fatores associados aos profissionais e aos serviços de saúde; fatores ligados à doença principal

e respetivas comorbilidades; fatores relacionados com o tratamento prescrito; e fatores individuais do utente.

Camarneiro, (2021) defende que os fatores sociais contemplam a estrutura dos serviços de saúde, a proximidade com os utentes, as políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, as redes de apoio, o acesso à informação, a educação e a literacia em saúde.

A ausência de uma estrutura adequada dos serviços de saúde, que ofereça o suporte necessário, pode gerar isolamento e, em última instância, levar o utente a abandonar o tratamento, seja por falta de incentivo ou por falta de vigilância e monitorização adequada em relação ao seu autocuidado e gestão terapêutica (Borba et al., 2018; Semahegn et al., 2020).

A falta de literacia em saúde dificulta a adesão terapêutica em utentes com sintomatologia depressiva, pois muitos não compreendem plenamente a natureza da doença, a importância das intervenções não farmacológicas ou o funcionamento da medicação, interrompendo o tratamento aos primeiros sinais de melhoria dos sintomas, um fenómeno conhecido como "falsa recuperação", em que o utente, ao sentir-se ligeiramente melhor, acredita não necessitar de continuar com as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde (Sletvold et al., 2022).

A interrupção precoce do tratamento, sem acompanhamento médico, pode precipitar uma recaída severa, o que acaba por intensificar a desmotivação do próprio (Moncrieff et al., 2023; Sletvold et al., 2022).

Nos fatores económicos, incluem-se os recursos financeiros, o acesso aos serviços, os custos e o tempo necessário para o tratamento (Camarneiro, 2021; Kvarnström et al., 2021). O contexto socioeconómico, quando frágil, poderá comprometer a aquisição da medicação prescrita de forma regular, especialmente se não tiverem acesso a programas de apoio ou seguros de saúde (González de León et al., 2022; Grenard et al., 2011). Contudo, a falta de recursos financeiros não compromete somente o acesso aos medicamentos, pode comprometer também a realização de consultas regulares com os profissionais de saúde, o que resulta numa menor monitorização da adesão terapêutica (Grenard et al., 2011).

Esta situação poderá ser agravada pelos fatores culturais, sendo importante considerar as crenças e práticas de saúde, o estigma relacionado com a doença, bem como o contexto e o ambiente no qual o utente se encontra inserido (Camarneiro, 2021; Kvarnström et al., 2021)

O estigma associado à sintomatologia depressiva continua a ser um dos grandes desafios na promoção da adesão terapêutica, que poderá inibir o utente de procurar ajuda ou de aderir aos tratamentos prescritos (Baptista & Zanon, 2017; Verloo et al., 2017). Muitos utentes com sintomatologia depressiva optam por não divulgar a sua condição de saúde, inclusive aos

familiares e amigos, devido ao medo de serem julgados ou marginalizados (Verloo et al., 2017). Esse receio impede-os de partilhar as suas dificuldades ou procurar apoio, o que pode levar ao abandono ou à má gestão do tratamento (Zanonato et al., 2021). Deste modo, o estigma não só dificulta o acesso a cuidados de saúde adequados, como também prejudica a construção de redes de apoio que poderiam facilitar o acompanhamento terapêutico (Baptista & Zanon, 2017; Verloo et al., 2017; Zanonato et al., 2021).

Além disso, as crenças e práticas culturais podem influenciar a relação dos utentes com os profissionais de saúde, afetando a comunicação e a confiança no tratamento, e eventualmente, levando-os a preferir abordagens alternativas ou tradicionais em vez das terapias convencionais (Sue et al., 2009; Tanaka-Matsumi, 2022).

Relativamente aos fatores associados aos profissionais e aos serviços de saúde, verificou-se que a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes é essencial para a adesão terapêutica. Essa comunicação deve ser eficaz, centrada no utente e adaptada ao contexto, sendo uma responsabilidade dos profissionais garantir que ela seja clara, assertiva e eficiente. A postura do profissional de saúde, a sua capacidade de estabelecer uma relação empática e de confiança e de identificar as reais necessidades do utente e família, são cruciais para o sucesso do tratamento, e quando adequada e eficaz, resultam em melhores resultados terapêuticos (Camarneiro, 2021; Chalifour, 2008; Sequeira et al., 2016).

A complexidade da doença e dos fatores a ela relacionados, representam um grande desafio, dificultando o seguimento consistente e adequado dos regimes terapêuticos, muitas vezes pela própria sintomatologia, que reduz a motivação e o interesse por atividades antes valorizadas, o que leva muitos utentes a abandonarem o tratamento precocemente (Schönenberg et al., 2024).

Embora o regime terapêutico, não remeta somente para o regime medicamentoso, em alguns casos poderá haver a necessidade de iniciar terapêutica antidepressiva, sendo que nestes casos os efeitos secundários experienciados são referidos pela literatura, como motivo de abandono do tratamento.

Muitos dos antidepressivos, nomeadamente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), estão associados a efeitos secundários como a sonolência, a disfunção sexual, o aumento de peso e as náuseas, o que contribui para uma relutância em manter o tratamento (Niarchou et al., 2024). De acordo com Krivoy et al., (2016), entre 30% a 60% dos utentes descontinuem a medicação nas primeiras semanas de tratamento devido aos seus efeitos adversos, o que afeta drasticamente a eficácia da terapêutica e aumenta a taxa de recaídas. Este dado é especialmente preocupante, uma vez que a descontinuação precoce do tratamento está

associada a uma pior resposta terapêutica, a um aumento dos sintomas depressivos a longo prazo e consequentemente aumento das taxas de hospitalização, com consequente agravamento da qualidade de vida e elevação do número de óbitos (Kini & Ho, 2018; Verloo et al., 2017).

Adicionalmente, a complexidade dos regimes terapêuticos, sobretudo em utentes com comorbidades, pode tornar a adesão medicamentosa, ainda mais difícil, uma vez que a gestão de múltiplos medicamentos e horários diferentes se constituem desafios no cumprimento adequado das prescrições médicas (González de León et al., 2022). Este fenómeno é especialmente comum em idosos que, devido à polimedicação, tendem a apresentar taxas mais baixas de adesão terapêutica, uma vez que a confusão e o esquecimento são frequentes (González de León et al., 2022). Tal como destaca Sletvold et al., (2022) a sobrecarga de medicações pode ser uma barreira invisível, mas muito poderosa, que contribui para a baixa adesão.

Vários estudos destacam a importância do suporte familiar como determinante no sucesso ou fracasso do regime terapêutico. De acordo com Borba et al., (2018) a presença e o apoio familiar são fundamentais no processo da doença e na adesão ao tratamento, pois a família pode incentivar e motivar o utente a cumprir com as orientações dos profissionais de saúde, facilitando a adesão ao regime terapêutico.

A literatura destaca o papel de relevo que a família assume na motivação contínua, no suporte e envolvimento, no incentivo à participação nas atividades de vida e de lazer (que minimizam o isolamento social), no reforço sobre a importância do tratamento e monitorização da sua adesão, que resulta em melhores resultados, pois os utentes sentem-se mais compreendidos e envolvidos no seu processo terapêutico (Duarte & Martins, 2024).

A família tem a capacidade de observar as mudanças e limitações que o utente enfrenta, bem como verificar se o tratamento está a ser devidamente cumprido (Borba et al., 2018).

Os membros da família desempenham um papel essencial ao incentivar o utente a adotar uma atitude positiva sobre o tratamento, enfrentar os desafios diários, monitorizar mudanças no estado físico e mental, e garantir a adesão ao plano de cuidados. Também oferecem apoio emocional em momentos de crise, auxiliam em emergências de saúde e colaboram nos cuidados gerais, como no acompanhamento às consultas, na manutenção de uma dieta saudável, no incentivo à prática de exercício físico e no seguimento do regime medicamentoso (Brotto & Guimarães, 2017; Duarte & Martins, 2024; Hamann & Heres, 2019; Rodrigues et al., 2022).

As famílias têm o potencial de transmitir força e coragem aos utentes, fazendo-os sentir-se seguros e apoiados durante a vivência da doença, o que promove a sua autoestima,

levando-os a adotar uma visão mais positiva e proactiva sobre o tratamento (Rodrigues et al., 2022). Estas famílias sentem necessidade de serem incluídas nos serviços de saúde não apenas para se sentirem ouvidas, mas acima de tudo para encontrarem suporte que facilite a compreensão da doença, valide o seu papel e oriente sobre as melhores estratégias e intervenções a adotar nos vários contextos (Carvalho et al., 2020; Giacomini et al., 2022).

Os utentes que não contam com uma rede de apoio sólida, quer familiar, quer comunitária, tendem a apresentar maiores dificuldades em seguir o tratamento de forma consistente (González de León et al., 2022).

Verifica-se assim, que os desafios enfrentados pelas pessoas com sintomatologia depressiva no que concerne ao regime terapêutico são vastos e multidimensionais. Desde os obstáculos emocionais e cognitivos, impostos pela própria condição, aos efeitos adversos dos medicamentos bem como às barreiras socioeconómicas e sociais (Laranjeira et al., 2023).

Para superar estes desafios, é necessário adotar uma abordagem integrada, que inclua fatores internos e externos que afetam a capacidade do utente em seguir o regime terapêutico prescrito (Kvarnström et al., 2021).

Apenas através da implementação de estratégias de apoio contínuo, personalizadas às necessidades individuais, será possível melhorar os índices de adesão e obter mais e melhores ganhos em saúde para as pessoas com sintomatologia depressiva.

Neste sentido, considera-se que o enfermeiro especialista em ESMP encontra-se numa posição privilegiada para otimizar os ganhos em saúde neste domínio ao ajudar a população com esta problemática a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2018).

No subcapítulo que se segue serão abordadas as intervenções e estratégias especializadas no domínio da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que promovem a adesão à terapêutica.

### **1.3. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção da adesão à terapêutica**

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel crucial na promoção da adesão terapêutica, utilizando um conjunto de intervenções e estratégias específicas que deverão ser adaptadas às necessidades individuais de cada utente.

Deste modo, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel fundamental e diferenciador na promoção da adesão terapêutica nos utentes com sintomatologia depressiva,

ao integrar conhecimentos especializados, planejar, implementar e avaliar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais, que sublinham a importância de intervenções centradas no utente, nas suas necessidades e no seu contexto social e familiar (OE, 2018).

A evidência científica indica que as pessoas que estão a passar por processos transição saúde-doença, de sofrimento, alterações ou perturbações mentais beneficiam, dos cuidados específicos dos enfermeiros especialistas em ESMP, usufruindo de uma redução significativa do nível de incapacidade causado por essas perturbações (OE, 2018).

Segundo Camarneiro, (2021) a adesão ao regime terapêutico faz parte de um conceito mais abrangente, referido como gestão do regime terapêutico. Este conceito inclui aspetos igualmente importantes, como a volição e a capacidade de tomar decisões sobre a mudança de comportamento perante a alteração de um sintoma ou diante de novas circunstâncias, envolvendo assim, o autoconhecimento e os conhecimentos técnicos necessários para interpretar a situação e agir em conformidade.

De acordo com ICN (2019) o conceito de adesão é definido como:

ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento, (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

O comportamento efetivo de adesão é o resultado último das intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico, sendo a implementação de mudanças concretas, um dos maiores desafios que os profissionais de saúde enfrentam na intervenção com as pessoas portadoras de doença mental (Camarneiro, 2021).

A mitigação desta problemática requer intervenções de enfermagem abrangentes e multifacetadas, que integrem diversas modalidades terapêuticas, nomeadamente abordagens psicoeducativas, intervenções cognitivo-comportamentais, técnicas motivacionais ou mesmo a combinação destas (Fernandes, 2018).

Contudo, a intervenção do Enfermeiro Especialista em ESMP vai muito além da aplicação de técnicas específicas, o seu papel exige uma visão holística, que reconhece a pessoa como um ser biopsicossocial, e o constante aprimoramento de competências relacionais e reflexivas, elementos essenciais para um cuidado efetivo e humanizado em saúde mental.

A construção de uma relação terapêutica baseada em confiança e empatia é central, permitindo ao enfermeiro conhecer profundamente o outro e adaptar as intervenções às suas necessidades únicas. Além disso, o autodesenvolvimento contínuo do enfermeiro aprimora sua capacidade de acolher e cuidar de forma ética e humanizada, promovendo mudanças significativas no processo de recuperação do indivíduo.

Para uma compreensão mais abrangente e clara do papel do enfermeiro especialista em ESMP na promoção da adesão ao regime terapêutico na pessoa com sintomatologia depressiva, serão detalhadas a seguir algumas intervenções específicas.

### 1.3.1. Promoção da Literacia em Saúde mediante Intervenções Psicoeducativas

Em Portugal, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018), compete aos enfermeiros especialistas planear e executar projetos destinados à promoção e proteção da saúde mental, além de atuar na prevenção das perturbações mentais nos grupos e comunidades, recorrendo para o efeito, a várias competências, de entre as quais a intervenção psicoeducativa (OE, 2018).

A psicoeducação surgiu na década de 1970 como um modelo fundamentado no paradigma da complexidade humana, integrando diversas disciplinas e teorias interligadas para compreender e aplicar técnicas direcionadas para a adaptação ao processo patológico (Wood et al., 1999).

O termo psicoeducação, deriva do prefixo "psico", que se refere a uma técnica psicoterapêutica, e da terminologia "educação" que se encontra associada à área da pedagogia e da literacia que enfatiza o processo de ensino-aprendizagem (Bruggmann et al., 2022).

A intervenção psicoeducativa consiste assim, numa abordagem terapêutica que utiliza instrumentos psicológicos e pedagógicos com o objetivo de proporcionar ao utente e aos seus cuidadores um conhecimento aprofundado sobre a patologia, seja ela física ou psíquica, bem como sobre as opções de tratamento disponíveis (Lemes & Neto, 2017).

Para Lukens e McFarlane (2004) quanto maior o conhecimento que o utente detiver sobre a sua saúde física e mental, nomeadamente sobre o seu funcionamento, seja em termos emocionais, cognitivos ou comportamentais; bem como sobre as alternativas terapêuticas disponíveis, maior será a sua capacidade para se envolver ativamente no processo de mudança.

O Regulamento n.º 356/2015, corrobora as informações prévias, caracterizando a psicoeducação como um método de ensino que promove a compreensão dos problemas de saúde mental, o treino de estratégias de gestão e identificação de fatores relacionados, como causas, tratamentos e recursos disponíveis; o que facilita o desenvolvimento de competências pessoais, favorecendo a saúde mental e a autonomia do utente.

A prática baseada na evidência tem vindo a reconhecer a intervenção psicoeducativa como eficaz em diversos contextos, nomeadamente nas perturbações mentais, nas doenças crónicas, nos cuidados paliativos e inclusive na saúde pública, destacando a importância de promover a literacia e compreensão da doença, fortalecer a adesão ao tratamento e fomentar a prevenção, contribuindo para uma gestão mais eficaz de diversas condições de saúde (Lemes & Neto, 2017)

Todavia, a aplicação desta técnica em diversos domínios da saúde, promove também, o desenvolvimento social, emocional e comportamental dos utentes e famílias, sendo o profissional de saúde o agente facilitador desta transformação (Bruggmann et al., 2022).

Nesta ótica, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel relevante ao empoderar e responsabilizar o utente, dotando-o de conhecimentos e informações sobre a sua saúde e tratamentos.

A literatura recente sugere que o aumento do conhecimento sobre a depressão e o seu tratamento, facilitado pela psicoeducação, está positivamente correlacionado com a melhoria do prognóstico clínico, a adesão ao tratamento e o funcionamento psicossocial dos utentes, enquanto contribui para a redução do impacto psicossocial nas famílias (Tursi et al., 2013).

No caso da pessoa com sintomatologia depressiva, a capacitação do utente e respetiva família, é potenciada através da psicoeducação, facilitando uma compreensão mais abrangente acerca do problema de saúde e seus respetivos tratamentos, possibilitando assim uma participação ativa nos mesmos (OE, 2018).

Ao identificar uma baixa literacia em saúde ou dificuldades na gestão do regime terapêutico, o enfermeiro especialista em ESMP deverá proceder à avaliação da potencialidade do utente e família para a aquisição de novos conhecimentos e competências, designadamente através da consciencialização (perceção, conhecimento e reconhecimento da mudança ou da experiência que a pessoa está a vivenciar), do envolvimento (grau de compromisso), da volição, das crenças de autoeficácia e do significado atribuído à doença e aos tratamentos (P. Gonçalves, 2020).

Verificamos que esta intervenção possibilita ao enfermeiro não apenas fornecer informações sobre a doença e o tratamento, mas também ensinar estratégias para lidar com os

desafios diários da sintomatologia depressiva, como a gestão do tempo, o estabelecimento de rotinas e a importância das medidas não farmacológicas bem como, a importância de aderir à medicação conforme prescrito (Sletvold et al., 2022).

Ao oferecer estratégias individualizadas, o enfermeiro ESMP ajuda o utente a encontrar a sua própria motivação interna, atuando como um facilitador de mudança, que incentiva a seguir o tratamento, mesmo em momentos de maior desmotivação ou quando os sintomas melhoram, aspeto que se constitui, por vezes, um elevado risco ao abandono da terapêutica por iniciativa própria (Barroso, 2020).

Esta ideia é defendida pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que defendem a importância da capacitação dos utentes e das suas redes de apoio para o desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com a doença e o seu impacto nas atividades de vida e de lazer (OE, 2017a).

O envolvimento dos familiares é crucial, pelo que as intervenções psicoeducativas deverão envolvê-los, dotando-os de informações claras e compreensíveis sobre o plano terapêutico do utente; bem como orientá-los a desempenhar um papel ativo no suporte emocional e prático, como por exemplo lembrar a toma da medicação ou inclusive acompanhar o utente às consultas (Thompson et al., 2017; Verloo et al., 2017). Este suporte é particularmente importante em situações de crise ou quando o utente enfrenta dificuldades em manter a adesão por si só (Verloo et al., 2017).

Em termos operacionais, Wright et al., (2010), defendem que a intervenção psicoeducativa deverá seguir certos critérios, como a adaptação do conteúdo à capacidade de compreensão do utente; o fornecer explicações claras e sucintas, adotando uma abordagem colaborativa; utilizar recursos escritos de apoio; incentivar a participação ativa; solicitar feedback para validar a compreensão e recomendar atividades complementares, como leituras, pesquisas ou anotações terapêuticas em cadernos ou dispositivos móveis.

A utilização de recursos facilitadores como materiais escritos de apoio para complementar a psicoeducação é amplamente utilizada na prática, sendo importante ter em consideração fatores como o nível de educação, o domínio da linguagem, as competências cognitivas do utente e família, bem como o interesse e a predisposição para receber mais ou menos informações (Dobson & Dobson, 2018).

Para os autores Cummings e Cummings (2008) os materiais facilitadores da intervenção psicoeducativa reúnem como principais objetivos: 1) facilitar a validação das informações fornecidas, normalizá-las e promover apoio no processo de literacia em saúde; 2) ensinar habilidades de adaptação aos eventos de vida; 3) promover o conhecimento e a

compreensão dos materiais analisados; 4) facilitar a mudança de pensamento e comportamento e 5) reforçar a noção de autoeficácia.

De um modo mais sintético, os referidos autores categorizam a intervenção psicoeducativa em quatro componentes: tratamento, gestão, prevenção e cooperação (Cummings & Cummings, 2008).

- **Tratamento:** Foca-se em ajudar o utente a compreender melhor a sua condição de saúde, proporcionando estratégias para lidar com os sintomas e melhorar o seu bem-estar emocional.
- **Gestão:** Refere-se ao processo de ensino e desenvolvimento de habilidades que permitem ao utente gerir melhor a sua condição a longo prazo. Isso envolve o uso de estratégias de autocontrolo, regulação emocional e a aplicação de estratégias de coping que ajudem na manutenção do tratamento e na prevenção das recaídas.
- **Prevenção:** Envolve identificar fatores de risco e fornecer ao utente conhecimentos e estratégias para evitar o agravamento da sua condição ou o aparecimento de novos problemas. A intervenção psicoeducativa na prevenção também ajuda a reduzir o estigma e a promover uma maior consciência sobre a saúde mental.
- **Cooperação:** Centra-se no ensino sobre as habilidades comunicacionais e interpessoais, promotoras da colaboração entre o utente, a família e a equipa de saúde. Envolve o apoio mútuo e a comunicação aberta, essencial para fortalecer a rede de suporte do utente, garantindo uma abordagem holística e eficaz ao tratamento e à recuperação.

No subcapítulo seguinte será explanado de que modo a intervenção psicoeducativa, poderá tornar-se uma valiosa ferramenta para o enfermeiro ESMP na promoção da adesão ao regime terapêutico na pessoa com sintomatologia depressiva ao ser complementada com outras técnicas de intervenção como a relação de ajuda, bem como outras intervenções psicoterapêuticas.

### 1.3.2. Técnica da Relação de Ajuda

A técnica da relação de ajuda em enfermagem é fundamental para o estabelecimento de um vínculo terapêutico eficaz entre o enfermeiro e o utente, o qual é caracterizado por uma interação empática, onde o enfermeiro atua como facilitador do processo de cuidado, apoiando o utente nas suas necessidades emocionais, psicológicas e físicas (Coelho et al., 2024).

De acordo com Chalifour (2008), a relação de ajuda deve ser estruturada em três fases distintas, designadamente a fase de orientação, a de trabalho e a de conclusão. A fase de orientação, corresponde ao momento inicial de contacto com o utente, onde se estabelece uma relação de confiança mútua, na qual são definidos os objetivos e os papéis de cada interveniente, além de se identificarem as necessidades em saúde (diagnósticos de enfermagem). A fase de trabalho, foca-se na implementação de intervenções específicas destinadas a encontrar respostas para as necessidades do utente. Por fim, a terceira fase, denominada de conclusão, envolve a avaliação das intervenções realizadas, determinando-se os resultados obtidos, sendo importante demonstrar disponibilidade para situações futuras, assegurando a continuidade do apoio necessário.

Para o efeito a literatura destaca a importância de determinadas características na execução da técnica da relação de ajuda, nomeadamente a escuta ativa, o respeito, a confiança e uma comunicação clara, de modo a criar um ambiente seguro para que o utente se sinta à vontade para expressar suas preocupações e necessidades, revelando-se essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes e promotores do bem-estar e da recuperação do utente (Coelho et al., 2020).

Sequeira et al., (2016) destaca que a técnica da relação de ajuda não se limita ao simples ato de dar suporte, mas envolve uma postura ativa do enfermeiro, que deve ser capaz de criar um espaço onde o utente se sinta valorizado e compreendido.

A prática da escuta ativa, assume-se assim como a base da relação de ajuda, exigindo que o enfermeiro não apenas ouça, mas também compreenda e reaja de maneira apropriada às emoções e preocupações apresentadas pelo utente (Coelho et al., 2020). Neste sentido, a empatia assume-se como um componente essencial, pois permite ao profissional de enfermagem avaliar a situação do utente a partir da sua perspetiva, criando uma conexão mais profunda e significativa (Chalifour, 2008).

A comunicação no processo de ajuda é igualmente relevante, destacando-se além da comunicação verbal, o comportamento não-verbal do enfermeiro, como os gestos, as expressões faciais e a postura, que desempenham um papel crucial na construção dessa relação

terapêutica, transmitindo confiança e acolhimento e reforçando a mensagem de cuidado e atenção ao utente (Chalifour, 2008). Além disso, a comunicação deve ser adaptada às necessidades do mesmo, tendo em consideração o seu estado emocional e as suas limitações, o que reforça a importância de uma abordagem personalizada e sensível às particularidades de cada indivíduo (Sequeira et al., 2016).

Outro ponto crucial abordado por Coelho et al., (2020) é o conceito de limite na relação de ajuda, pois segundo os autores, o enfermeiro deve estabelecer e manter limites claros, respeitando a autonomia do utente, mas também oferecendo o suporte necessário para que ele possa superar desafios. A manutenção desses limites é essencial para evitar que a relação se torne dependente ou desequilibrada, permitindo ao utente o espaço necessário para tomar decisões e assumir responsabilidades pelo seu próprio processo de recuperação.

No entanto, a técnica da relação de ajuda, envolve também o autoconhecimento do enfermeiro, o qual deve ser capaz de refletir sobre suas próprias emoções e reações, garantindo que as mesmas não são projetadas na sua prática clínica, mantendo uma prestação de cuidados ética e responsável (Sequeira et al., 2016). A transferência e a contratransferência são exemplos dessa projeção e impactam direta e negativamente na dinâmica da relação, pelo que reconhecer e compreender estes fenómenos permite mitigar a sua ocorrência e promover um ambiente terapêutico seguro e eficaz.

No âmbito da técnica da relação de ajuda, é possível complementar e integrar outras intervenções psicoterapêuticas que agregam valor aos resultados obtidos, como é por exemplo o caso da entrevista motivacional.

A entrevista motivacional é uma técnica eficaz para aumentar a motivação dos utentes na gestão do regime terapêutico, facilitando e otimizando a sua adesão (Sletvold et al., 2022). Através da entrevista motivacional, o enfermeiro ajuda o utente a explorar as suas ambivalências em relação à medicação e a encontrar razões internas para continuar o tratamento, promovendo a autonomia e corresponsabilizando-o para a gestão da sua saúde mental (Niarchou et al., 2024).

A motivação pode ser conceptualizada como um processo dinâmico e progressivo, e por isso modificável, que ocorre em todas as pessoas, em relação a múltiplos comportamentos, pelo que o enfermeiro especialista em ESMP tem o potencial de gerir os recursos disponíveis para facilitar o processo de motivação e por conseguinte promover a mudança de comportamento desejada (Barroso, 2020).

Para além disso, o enfermeiro pode atuar como mediador entre o utente e outros profissionais de saúde, facilitando o acesso a serviços complementares, como terapias de grupo

ou acompanhamento emocional, que podem oferecer um suporte adicional e aumentar as taxas de adesão (González de León et al., 2022).

A coordenação de cuidados é especialmente importante em utentes com comorbilidades ou em situações vulneráveis, que necessitam de um acompanhamento mais intensivo. Ao integrar a entrevista motivacional na coordenação de cuidados, os enfermeiros especialistas em ESMP, podem ajudar a reduzir as barreiras à adesão e otimizar os fatores determinantes da adesão ao regime terapêutico, que serão certamente maiores e mais complexos nas pessoas com múltiplas patologias onde o risco de não adesão é mais elevado (Palacio et al., 2016; Papus et al., 2022).

Outras intervenções que se têm revelado eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico, e potenciadas pela qualidade da relação de ajuda estabelecida entre o utente o enfermeiro, são as intervenções cognitivo comportamentais (ICC), que utilizam estratégias específicas para ajudar os indivíduos a identificar, monitorizar e modificar pensamentos automáticos negativos, crenças desadaptativas e comportamentos associados à sintomatologia depressiva (A. Beck, 1979; J. Beck, 2011).

Deste modo, a monitorização é uma ferramenta central na ICC, permitindo que o enfermeiro especialista em ESMP acompanhe os sintomas e identifique padrões ou gatilhos emocionais, cognitivos ou comportamentais (Beck, 2011).

A monitorização pretende identificar e abordar fatores psicológicos e sociais que afetam a adesão terapêutica, tais como o isolamento social, a falta de apoio familiar e a baixa motivação (González de León et al., 2022).

A confiança é vital nos cuidados de saúde mental, onde a incerteza e o risco prevalecem e onde a construção de relações é fundamental para uma prestação de cuidados eficaz (Stasiulis et al., 2020). Assim, o estabelecimento de uma relação de confiança permite que o enfermeiro identifique mais rapidamente sinais de resistência ou desmotivação, que se podem constituir fatores de risco à compliance terapêutica (Metz et al., 2022).

A monitorização regular da adesão medicamentosa é outra função essencial do enfermeiro especialista em ESMP, que através da realização de consultas presenciais, visitas domiciliárias, ou consultas telefónicas, avalia se o utente está a seguir o regime medicamentoso corretamente, identificando sinais de não adesão ou abandono precoce do mesmo e intervindo diretamente para superar as dificuldades identificadas no seu cumprimento (Verloo et al., 2017).

Os efeitos adversos dos antidepressivos, como o aumento de peso, a disfunção sexual ou a sonolência, são frequentemente citados pelos utentes como razões para interromper a medicação (Krivoy et al., 2016), sendo por isso necessário monitorizar a sua ocorrência. Nesses

casos, o enfermeiro desempenha um papel mediador, ajudando o utente a gerir os efeitos colaterais e a encontrar soluções, como eventual ajuste de doses (mediante articulação com a equipa médica) ou a inclusão de outras medidas para mitigar os efeitos secundários negativos. Este acompanhamento permite que o utente se sinta apoiado e mais disposto a continuar com o tratamento, mesmo perante dificuldades.

A monitorização regular possibilita uma intervenção precoce em caso de alterações ou desvios à adesão, sendo importante na minimização das recaídas e na prevenção de complicações, pois possibilita o ajuste das intervenções terapêuticas, como por exemplo o reforço do ensino sobre a gestão dos efeitos adversos dos medicamentos, que muitas vezes são um dos motivos para o abandono do tratamento (Niarchou et al., 2024).

Uma estratégia que se tem revelado eficaz na monitorização da sintomatologia depressiva e na otimização da gestão do regime terapêutico, tem sido o recurso às tecnologias de saúde, como as aplicações móveis e os dispositivos eletrónicos de monitorização (Nianmongkon et al., 2024). Embora ainda pouco utilizadas em Portugal, estas aplicações oferecem lembretes para a toma da medicação, rastreio de sintomas e comunicação em tempo real com os profissionais de saúde; revelando-se particularmente úteis para os utentes que, por motivos de dificuldades de organização ou falta de motivação, podem não seguir rigorosamente o plano terapêutico (Niarchou et al., 2024).

A utilização destas tecnologias facilita o acompanhamento do utente e fornece dados importantes que permitem a intervenção precoce em caso de não adesão, sendo provavelmente uma área que merece estudos de investigação mais aprofundados (Nianmongkon et al., 2024).

Ainda no domínio das intervenções cognitivo comportamentais, o enfermeiro especialista em ESMP poderá recorrer à implementação das técnicas de relaxamento e gestão do stress, como a técnica de relaxamento muscular progressivo e a técnica da respiração profunda, frequentemente utilizadas para ajudar os utentes a reduzir os níveis de ansiedade e melhorar o seu bem-estar geral (Hofmann et al., 2012). Deste modo, a literatura defende que a redução da ansiedade poderá contribuir diretamente para uma maior adesão ao tratamento, uma vez que os utentes se tornam mais capazes de lidar com os desafios associados à sua condição (Hofmann et al., 2012; Norelli et al., 2023).

A técnica de resolução problemas é também uma técnica passível de ser implementada neste contexto, sendo os seus resultados conhecidos por ajudar os utentes e familiares a desenvolver capacidades para lidar com dificuldades e desafios do quotidiano, que quando não geridos adequadamente, podem interferir no tratamento (Nezu et al., 2012). Através dessa

intervenção, os enfermeiros facilitam a identificação de possíveis problemas e exploram em conjunto soluções práticas para enfrentá-los de forma adaptativa.

Já a reestruturação cognitiva é uma das intervenções centrais da ICC que visa identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais. Para os enfermeiros especialistas em ESMP, isso envolve ajudar os utentes a reconhecerem pensamentos automáticos negativos que podem interferir na adesão ao tratamento (como crenças de incapacidade ou desesperança) e substituí-los por pensamentos mais realistas e positivos (Dyrberg et al., 2021). A técnica da reestruturação cognitiva é eficaz na redução dos sintomas depressivos, na melhoria da autoestima e na diminuição dos níveis de stress, sendo, portanto, uma ferramenta terapêutica importante que deve ser utilizada em pessoas com depressão (Santos et al., 2024).



**CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS  
DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**



## **2.1. Contexto comunitário**

De acordo com a OMS, (2023) os cuidados de saúde primários desempenham um papel fundamental na construção de um sistema de saúde eficaz, particularmente no campo da saúde mental. Ao focar na prevenção e no diagnóstico precoce, esses cuidados não apenas contribuem para a deteção precoce dos problemas de saúde mental, mas também promovem a saúde geral e o bem-estar da comunidade (OE, 2023a).

Em muitos países, os cuidados primários representam o primeiro ponto de contato para as pessoas que enfrentam perturbações mentais ou estão em risco de desenvolver condições relacionadas com a saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2023a).

Neste contexto, a atenção primária oferece uma oportunidade para que as necessidades físicas e emocionais destas pessoas sejam atendidas de maneira integrada, num ambiente menos estigmatizante, favorecendo a aceitação da doença e o seu tratamento (Kates et al., 2019).

Os enfermeiros especialistas em ESMP assumem nos cuidados de saúde primários uma posição estratégica crucial para triagem, diagnóstico e tratamento de múltiplas problemáticas no âmbito da saúde mental. A sua intervenção é representada num continuum que inclui desde intervenções no âmbito da comunicação terapêutica, a intervenções mais complexas e coordenadas com as equipas multidisciplinares (Brown et al., 2021).

No entanto, para que estes cuidados sejam plenamente eficazes, devem ser complementados por outros níveis de cuidados, como os cuidados secundários, (que envolvem um atendimento especializado em ambulatório, ou em internamento de modo a resolver um problema de saúde, agudo ou crónico) e terciários (que preconizam um atendimento altamente especializado e diferenciado em contexto hospitalar, para situações de saúde mais complexas e específicas (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). A coordenação entre os três níveis, é fundamental, para uma adequada gestão dos cuidados, de modo a proporcionar uma atenção mais holística e personalizada ao utente, além de otimizar os recursos disponíveis (Khatri et al., 2023; OE, 2023a).

Neste sentido, o Ensino Clínico I – Contexto Comunidade, teve lugar num Centro de Saúde da área do Funchal que assegura a prestação de cuidados a 10.925 utentes inscritos dos quais 6.806 com médico de família.

A equipa multidisciplinar deste módulo é constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos auxiliares de saúde e administrativos, sendo que no domínio da saúde mental a equipa conta com dois enfermeiros especialistas em ESMP de modo a dar resposta às necessidades da população. Na autopercepção dos dois colegas especialistas em ESMP, os diagnósticos de enfermagem mais comumente elaborados em

saúde mental são, de acordo com a taxonomia de enfermagem CIPE®: Humor Depressivo, Ansiedade, Abuso de Substâncias, Crise Familiar e Adesão ao Regime Terapêutico.

Em termos das intervenções mais comuns, constatei que prevalece um predomínio de intervenções no domínio da relação de ajuda, entrevista motivacional e intervenções cognitivo comportamentais, com ênfase para a técnica de reestruturação cognitiva e técnica de resolução de problemas.

Note-se que as consultas de enfermagem e as visitas domiciliárias desempenham um papel crucial na enfermagem de saúde mental, oferecendo uma abordagem de proximidade, personalizada e contínua no cuidado ao utente, o que pode ser uma grande mais-valia para a recuperação e gestão das perturbações mentais na comunidade.

As consultas de enfermagem em saúde mental possibilitam uma interação direta entre o enfermeiro e o utente, permitindo avaliações detalhadas do estado emocional, comportamental e físico; o que facilita o acompanhamento do progresso do tratamento, a identificação precoce de sinais ou sintomas de agravamento ou complicações e a intervenção psicoterapêutica oportuna (Mosler et al., 2023).

Além disso, as consultas de ESMP oferecem a oportunidade para educar os utentes sobre a sua condição, o que é fundamental para promover a autogestão da saúde mental (Fragoeiro, 2018; OE, 2023b).

Para Sequeira et al., (2016) a realização da consulta de enfermagem, deverá ser realizada, habitualmente, em três etapas: a primeira etapa compreende a fase social, que corresponde ao estabelecimento de uma ligação com o utente, definição dos objetivos a alcançar e explanação dos procedimentos da consulta; a segunda etapa, também conhecida como fase de desenvolvimento preconiza a recolha da informação, o exame físico e a avaliação do estado mental, bem como apresentação da proposta de intervenção; e a terceira etapa, ou fase final, compreende a síntese dos conteúdos abordados, o esclarecimento de dúvidas e o planeamento das próximas intervenções.

Já as visitas domiciliárias revelam-se particularmente vantajosas na enfermagem de saúde mental, pois permitem uma abordagem ainda mais próxima da comunidade, considerando as realidades socioculturais e socioecológicas dos utentes, facilitando o acompanhamento do tratamento, melhorando a adesão ao plano terapêutico e prevenindo recaídas, aspetos essenciais para a saúde mental individual e coletiva (Fragoeiro, 2018).

Neste contexto, o enfermeiro pode avaliar de forma mais precisa o impacto dos fatores externos, como o isolamento social, a dinâmica familiar e as condições de vida, que podem contribuir para a deterioração da saúde mental (Howard & Alfred, 2024). A realização das

visitas domiciliárias oferece um suporte contínuo e personalizado, o que é crucial para os utentes que enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Fragoeiro, 2018; Hemingway & Brimblecombe, 2018). Além disso, a presença do enfermeiro no domicílio pode reduzir o estigma relacionado ao tratamento de saúde mental e proporcionar um ambiente mais seguro e acolhedor para os utentes (Kates et al., 2019; Raj, 2022).

Em suma, tanto as consultas de enfermagem, quanto as visitas domiciliárias realizadas no contexto comunitário, são instrumentos essenciais na gestão da saúde mental, pois oferecem uma abordagem holística, contínua e adaptada às necessidades específicas de cada utente, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento, maior autonomia e, conseqüentemente, melhor prognóstico da saúde mental.

## **2.2. Contexto Internamento**

O Ensino Clínico II - contexto de internamento (módulo I da unidade curricular Estágio com Relatório), foi realizado numa unidade de curto internamento de agudos, de uma Instituição Público-Privada de Internamento Psiquiátrico, situada na Ilha da Madeira, e em funcionamento na R.A.M desde agosto de 1924. A referida instituição preconiza a realização de diversas ações focadas na prevenção, promoção, tratamento, recuperação e reabilitação de indivíduos com condições físicas e mentais, atendendo também os seus familiares e demais comunidade (ISJD, 2020). Este estabelecimento de saúde possui cerca de 300 camas distribuídas por várias unidades: Unidade de Psicogeriatria, Unidades de evolução prolongada, Unidade de Cuidados Continuados Gerais; Unidades de Reabilitação Psicossocial, Centro de Alcoologia, Unidade de Agudos e ainda uma Residência Autónoma de Saúde Mental localizada na comunidade.

A Unidade de Agudos na qual realizei o ensino clínico II tem como propósito central oferecer cuidados de saúde a pessoas em situação de crise decorrente do agravamento das suas doenças mentais, seja em episódios iniciais, recaídas ou descompensações. O foco de atuação visa a estabilização clínica, o desenvolvimento de habilidades para lidar com a sua condição de saúde e o regresso ao lar o mais cedo possível, dentro de um programa de intervenção denominado "o primeiro passo na reabilitação" (ISJD, 2020).

Segundo o ISJD, (2020), este programa procura dar início ou continuidade a um plano terapêutico que complementa um processo mais amplo de reabilitação psicossocial e que inclui ações como psicoeducação (dirigida ao utente e família), desenvolvimento pessoal, estimulação cognitiva, treino de competências pessoais e sociais, organização do tempo, atividades recreativas, suporte familiar, prevenção de recaídas e incentivo à adesão ao tratamento. Esta

iniciativa assenta na premissa que mais do que tratar pessoas doentes, esta instituição preocupa-se em “refazer” a vida desta população e integrá-las, da forma o mais autónoma possível, na comunidade, o que se revelou uma mais-valia no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Em termos dos diagnósticos de enfermagem CIPE® em contexto de internamento, constatei que o Humor Depressivo, a Não Adesão ao Regime Terapêutico, o Delírio e o Abuso de Substâncias, eram os diagnósticos mais frequentes no dia a dia.

De acordo com a minha análise e corroborado pela OE (2023a) as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem mais comuns em contexto de internamento são as intervenções cognitivo-comportamentais e as intervenções psicoeducacionais, que tanto foram desenvolvidas em contexto grupal como individual. Um exemplo relevante de uma intervenção em grupo foram as reuniões diárias grupais realizadas neste ensino clínico, que visam promover a literacia em saúde mental, incentivar a adesão ao tratamento e desenvolver habilidades funcionais e de autocuidado. Estas reuniões também visam a prevenção de recaídas após a alta clínica, proporcionando aos utentes informações e estratégias para a manutenção do bem-estar mental e o acompanhamento contínuo da sua recuperação.

Do ponto de vista da intervenção psicoterapêutica, executei com frequência a técnica de resolução de problemas, a técnica da reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de regulação emocional e o treino de habilidades de prevenção da recaída. Sendo que no que se refere à adesão ao regime terapêutico, planeei e executei intervenções como educar sobre o regime terapêutico, motivar para a adesão ao mesmo, avaliar a resposta à medicação, gerir os efeitos adversos do regime medicamentoso em equipa multidisciplinar e vigiar sinais ou sintomas de agravamento do processo patológico. Contudo, considero igualmente importante no processo terapêutico intervenções como: validar o padrão de sono, incentivar a realização de atividades de lazer, promover a manutenção do processo familiar, promover a autoestima e o autoconceito, e o reforçar capacidades e competências sociais.

No que se refere às intervenções específicas para as pessoas com perturbações depressivas, a realidade da prática clínica no contexto de internamento, confirma a evidência científica que aponta a não adesão terapêutica como um obstáculo significativo no tratamento destas condições (Semahegn et al., 2020). No caso da sintomatologia depressiva, o objetivo primordial do tratamento consiste em restaurar os níveis de funcionamento pré- mórbido, minimizando tanto a sintomatologia debilitante que afeta o funcionamento global do utente, quanto os efeitos secundários das intervenções terapêuticas (Oliveira & Andrade, 2019). Nesse sentido, as intervenções psicoeducativas têm-se revelado fundamentais, uma vez que são

eficazes e determinantes para a obtenção de ganhos significativos em saúde, particularmente na adesão terapêutica desta população (Sarkhel et al., 2020).

O plano de autoformação focado na intervenção psicoeducacional na adesão terapêutica da pessoa com sintomatologia depressiva visa uma intervenção, alicerçada nas melhores práticas de enfermagem e fundamentada pela literatura científica, com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento, o que, por sua vez, contribui para uma recuperação mais eficaz e sustentável, ou seja que possibilite manter a melhoria dos sintomas a longo prazo, com estratégias de enfrentamento e apoio contínuos de modo a prevenir as recaídas nesta população.

Assim sendo, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem torna-se, crucial para a implementação bem-sucedida de estratégias psicoeducacionais que, além de promoverem o conhecimento, também incentivam a responsabilização ativa do utente no seu processo terapêutico.

Segundo o tratamento da perturbação depressiva esta envolve habitualmente três fases:

- Fase aguda – que corresponde às primeiras 6 a 12 semanas de tratamento e no qual é preconizado reduzir pelo menos 75% da intensidade dos sintomas. Para o efeito os tratamentos deverão ser monitorizados e ajustados, promovendo sessões de psicoeducação e apoio social.
- Fase de continuação – que corresponde a um período aproximado de quatro a nove meses, que visa a estabilização psicopatológica, ou seja, manter o utente assintomático, e se findo este período sem sintomas, poder-se-á considerar remissão completa do quadro clínico. Nesta fase prevê-se promover a estabilidade clínica mediante a manutenção das intervenções psicoterapêuticas, monitorização dos sintomas residuais e motivação para um estilo de vida saudável e promotor do bem-estar.
- Fase de manutenção – usualmente mais prolongada, na qual são trabalhadas as estratégias de prevenção da recaída, efetuada uma monitorização de follow up, promoção da adesão ao regime terapêutico e reforço do apoio social.

As intervenções psicoterapêuticas implementadas assumem com frequência um efeito sinérgico importante quando combinadas com as intervenções farmacológicas, potenciando a resolução do quadro clínico. Contudo, é importante ter em consideração a opinião do utente e a sua escolha terapêutica, uma vez que os dados científicos demonstram que a adesão ao tratamento preferencial do utente, seja medicamentoso ou psicoterapêutico, aumenta as hipóteses de remissão do quadro depressivo (Oliveira & Andrade, 2019).

### **2.3 Contexto de Respostas Diferenciadas**

A necessidade crescente de uma abordagem integrada em saúde mental levou à constituição da Enfermagem de Ligação na área da Saúde Mental, a qual caracteriza-se por uma relação cooperativa ativa e contínua entre o Enfermeiro Especialista em ESMP e as equipas de diferentes especialidades (Gonçalves et al., 2022).

É cada vez mais frequente, nos serviços, cirúrgicos, médicos e de cuidados paliativos, a hospitalização de utentes que apresentam sintomatologia ansiosa, depressiva ou do espectro psicótico. Contudo, a maioria dos enfermeiros que atua nessas unidades não dispõe de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo este contexto agravado pelo aumento da comorbilidade e multimorbilidade nos contextos de saúde, o que evidencia a necessidade de implementar processos formais para regulamentar os pedidos de colaboração dirigidos aos enfermeiros especialistas (OE, 2023a).

De acordo com o GOBP de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação, para atender às necessidades dos serviços não especializados em saúde mental, a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental de Ligação (ESML) divide-se em duas áreas principais: uma área clínica, focada no cliente, família e/ou cuidador, e a consultoria, focada nos profissionais de saúde e equipas multidisciplinares, incluindo formação e promoção da literacia em saúde. Esta intervenção inclui seis fases: solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação e continuidade de cuidados, ajustando-se às necessidades identificadas (OE, 2023a).

Desta forma, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel crucial ao facilitar a comunicação e a colaboração entre os profissionais de saúde e os recursos disponíveis, respondendo de forma integrada às necessidades biopsicossociais e de transição dos utentes, promovendo um cuidado mais qualificado e integrado (Gonçalves et al., 2022; Mota, 2000; OE, 2023a).

A escolha do Ensino Clínico III – Contexto de Respostas Diferenciadas teve lugar numa unidade de cuidados paliativos cuja escolha decorreu de uma motivação específica: aprofundar o conhecimento sobre a abordagem e gestão da sintomatologia depressiva nas pessoas que se encontram num contexto de elevado sofrimento (físico e mental) secundário à agudização de uma doença crónica grave ou em fase terminal de vida.

Na unidade de cuidados paliativos, essa abordagem ganha relevância ao oferecer suporte emocional especializado e ao facilitar a interdisciplinaridade nos cuidados de saúde, destacando a importância do trabalho colaborativo entre diferentes especialidades para responder de forma holística às necessidades dos utentes em sofrimento e/ou fim de vida.

De acordo com a OMS (2023b), os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes e das famílias, que enfrentam problemas decorrentes de doenças ameaçadoras da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor, bem como de outras questões de natureza física, psicossocial e espiritual.

A unidade na qual realizei o referido Ensino Clínico encontra-se estabelecida na Região Autónoma da Madeira desde 1 de outubro de 2012, conforme o Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M com o objetivo de prestar cuidados ativos, coordenados e integrados, através de unidades e equipas especializadas, tanto em regime de internamento como no domicílio, dirigidos a utentes em situação de sofrimento decorrente de doenças incuráveis ou graves, em fase avançada e progressiva, bem como às suas famílias.

Segundo o SESARAM (2012) este serviço dispõe de 11 camas de internamento de modo a promover os cuidados de saúde preconizados no Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M. No entanto, e com o intuito de otimizar os cuidados prestados foi integrado em 2018, uma Equipa de Apoio Psicossocial (EAPS), ao abrigo do Programa Humaniza, da Fundação “*La Caixa*”, para acompanhamento no domicílio e em ambiente hospitalar dos utentes com doença avançada e seus familiares (SESARAM, 2024).

Na minha análise, verifiquei que a abordagem adotada nesta unidade privilegia uma resposta centrada nas necessidades específicas de cada utente e respetiva família, independentemente da fase da doença em que se encontram, garantindo um

acompanhamento personalizado que visa promover o alívio dos sintomas, a estabilização do quadro clínico e o suporte social, psicológico e espiritual. Sendo as intervenções implementadas destacadas pelo respeito à dignidade, promoção da autonomia e compromisso em melhorar a qualidade de vida global destes utentes. Para alcançar estes objetivos, constatei que era privilegiada a capacitação de todos os envolvidos (utentes, família e profissionais), bem como a partilha de conhecimentos e competências, de modo a promover uma gestão mais eficiente e humanizada do processo da doença.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por dezasseis Enfermeiros, dos quais dois especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e nove com formação avançada em cuidados paliativos. Pelo que pude constatar, o enfermeiro especialista em ESMP que exerce funções nesta unidade, enfrenta limitações no exercício das suas funções dentro da equipa, devido à escassez de recursos humanos, o que o obriga a desempenhar também funções de cuidados gerais, comprometendo a sua atuação específica e especializada na área da saúde mental.

Contudo, durante este período formativo, foi possível refletir sobre a importância dos enfermeiros especialistas em ESMP no contexto de respostas diferenciadas em cuidados paliativos, identificando a necessidade de integrar mais profissionais desta área na equipa, a fim de proporcionar um atendimento mais especializado e eficiente.

A literatura aponta para uma prevalência relativamente alta da sintomatologia depressiva em cuidados paliativos, com valores estimados entre os 24% e os 70%, o que compromete a qualidade de vida e, em alguns casos, antecipa o desejo de morrer (Perusinghe et al., 2021).

Neste contexto, os enfermeiros especialistas em ESMP desempenham um papel crucial ao promoverem a regulação emocional, o alívio do sofrimento psíquico, e ao facilitarem a aceitação do estado de saúde, assim como a adaptação ao processo patológico. Além disso, contribuem para a otimização da qualidade de vida dos utentes e suas famílias, destacando-se também na psiquiatria de ligação. Assim, é fundamental reconhecer e valorizar os enfermeiros especialistas em ESMP, pois isso permite oferecer cuidados mais completos, adequados e centrados nas necessidades psicossociais desta população específica.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem CIPE\* verifiquei que a Dor, Ansiedade, Tristeza, Humor Depressivo e Luto eram formulados com maior regularidade, sendo que as intervenções mais comuns no domínio da enfermagem de saúde mental incidiram essencialmente nas intervenções psicossociais, na técnica da relação de ajuda e na intervenção no luto.

As intervenções psicossociais remetem para toda intervenção especializada realizada pelo enfermeiro especialista em ESMP no contexto do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, incluindo-se nestas intervenções o desenvolvimento de competências sociais e pessoais (OE, 2023d).

A implementação da técnica da relação de ajuda, revela-se fundamental em cuidados paliativos, para criar um vínculo de confiança, que permite ao utente e família expressarem as suas emoções e enfrentarem as dificuldades de forma mais adaptativa (Chalifour, 2008; Coelho et al., 2020; Sequeira et al., 2016).

Enquanto a intervenção no luto é essencial para apoiar os utentes e familiares no processo de aceitação da perda, promovendo o alívio da dor emocional e a adaptação à nova realidade (Sampaio et al., 2020).

Ao longo do capítulo seguinte será efetuada uma análise crítica e reflexiva sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESMP, bem como sobre as competências de mestre adquiridas ao longo da realização deste mestrado, por meio da

avaliação da prática profissional e das atividades realizadas durante os ensinamentos clínicos, integrando a sua contribuição no contexto da prática especializada.



## **CAPÍTULO III - ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**



### **3.1. Competências comuns de enfermeiro especialista**

O percurso académico desenvolvido no decorrer da realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como objetivo último a aquisição de determinadas competências, designadamente as competências comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento nº 515/2018), e as competências de mestre em Enfermagem (Decreto-Lei nº 65/2018).

Neste sentido, e de modo a proporcionar uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento e aquisição das referidas competências optou-se por estruturar o presente capítulo em três subcapítulos. No primeiro, foi explorada a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista; no segundo foi elaborada a descrição das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP e no terceiro foi efetuada a exposição do desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem.

No que concerne às competências comuns, estas são definidas como um conjunto de capacidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, sendo as mesmas evidenciadas pela habilidade em conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como por oferecer um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, abrangendo os domínios da formação, investigação e consultoria (OE, 2019).

Em termos da sua organização, estas foram distribuídas por quatro domínios principais, sendo eles: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019).

#### **3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Neste domínio, são destacadas duas competências essenciais. A primeira envolve o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, onde o profissional deve atuar sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão. A segunda competência refere-se à garantia de que as práticas de cuidados respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando que o cuidado prestado seja sempre alinhado com os valores fundamentais da ética e da responsabilidade (OE, 2019).

De acordo com este domínio inicial, é esperado que os enfermeiros incentivem práticas de cuidado que garantam o respeito pelos direitos humanos e estejam alinhadas com as responsabilidades éticas e legais da profissão (OE, 2019).

O nosso papel enquanto enfermeiros, preconiza defender os direitos humanos das pessoas sob os nossos cuidados, assumindo a gestão de situações que, de algum modo, possam colocar essas pessoas em risco ético, moral ou legal (Regulamento n.º 190/2015).

Dessa forma, torna-se fundamental a utilização de documentos que orientem as nossas decisões, como o Regulamento do Exercício do Profissional dos Enfermeiros (REPE), que regulamenta o exercício da profissão; bem como o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que estabelece os princípios deontológicos que devem guiar a conduta destes profissionais. Estes documentos revelam-se fundamentais para orientar a prática da enfermagem, garantindo que ela seja ética, competente e alinhada aos direitos dos utentes (Regulamento n.º 190/2015). Neste contexto, considero que desenvolvi as competências mencionadas, demonstrando na prática clínica uma intervenção alinhada com os princípios éticos e legais estabelecidos. Apliquei adequadamente os conhecimentos adquiridos relativamente à Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, que defende que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser centrada na pessoa, respeitando a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia.

De acordo com a legislação, os cuidados devem ser prestados, sempre que possível, em ambientes menos restritivos, com o internamento hospitalar reservado como medida de último recurso. A prestação de cuidados deve ser realizada por equipas multidisciplinares qualificadas, garantindo uma resposta integrada e coordenada às diversas necessidades das pessoas.

É igualmente fundamental assegurar o acesso igualitário e não discriminatório a cuidados de saúde mental de qualidade, dentro de prazos clinicamente adequados.

Note-se que a existência de serviços de saúde mental coordenados, abrangentes e integrados é crucial para garantir a proximidade e continuidade dos cuidados, bem como a equidade na distribuição de recursos e no acesso aos serviços, promovendo a diferenciação positiva quando necessário (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

Deste modo, entendo que desenvolvi as competências relacionadas com a adoção de práticas baseadas na ética e no respeito mútuo que considero indispensáveis, especialmente nos contextos em que a vulnerabilidade emocional pode comprometer a capacidade do indivíduo exercer plenamente a sua autonomia.

Durante o ensino clínico em contexto de internamento, intervim num utente de 53 anos com antecedentes pessoais de depressão major diagnosticada há 15 anos, agravada no contexto de um processo de divórcio. O utente residia com a mãe, de 88 anos com doença de Alzheimer. No decorrer do internamento a equipa de saúde apercebeu-se que a família (irmãos do utente) haviam agilizado o processo de internamento da mãe em lar, com o objetivo de vender a casa de morada de família, solicitando que o utente assinasse documentos relacionados com essa venda. Do ponto de vista ético e legal e atendendo ao contexto do internamento, foi necessário advogar pelos direitos do utente, dado que o mesmo não se encontrava, pelo menos não na fase inicial do internamento, no pleno exercício da sua capacidade de decisão. Neste sentido, a equipa de enfermagem, em colaboração com outros profissionais de saúde, interveio no sentido de zelar pelo melhor interesse do utente. Durante o internamento, e perante a evolução positiva do quadro psicopatológico, a psicóloga da unidade avaliou a capacidade mental do utente, de modo a determinar a sua compreensão sobre as implicações legais dos documentos apresentados pelos irmãos. Enquanto enfermeiro e acompanhado do meu enfermeiro tutor, colaborei no sentido da orientação sobre os direitos do utente e a importância de tomar decisões informadas. Além disso, foram sugeridos encaminhamentos para o serviço de apoio jurídico da ação social, para que o utente pudesse contar com o apoio necessário na tomada de decisões tão significativas. No meu entender, esta intervenção conjunta da equipa multidisciplinar do serviço de internamento, garantiu que o mesmo fosse tratado com dignidade e respeito, com base nos princípios da autonomia e da proteção dos seus direitos e referenciando para os profissionais que pudessem intervir de forma mais adequada perante as necessidades evidenciadas.

A intervenção da enfermagem foi essencial para garantir que o utente estivesse protegido de possíveis pressões externas e que as suas escolhas fossem tomadas na plenitude da sua capacidade mental, de forma informada e consciente. Neste contexto, sinto que colaborei na defesa dos direitos do utente e como facilitador de um cuidado promotor, quer da recuperação, quer do fortalecimento da responsabilidade do próprio no seu processo de saúde.

O compromisso com o sigilo e confidencialidade das informações obtidas durante a prestação de cuidados foi respeitado rigorosamente de acordo com a legislação em vigor e os princípios éticos na gestão de dados sensíveis, tanto para as informações orais, como escritas. Exemplo disso foi a elaboração do estudo de caso no qual o nome e os dados pessoais do utente e família se mantiveram omissos. De igual modo, a privacidade dos utentes, foi assegurada possibilitando que as intervenções fossem realizadas em ambientes reservados e garantindo a proteção face a exposições desnecessárias, independentemente de serem físicas ou mentais.

No decorrer da minha prática clínica, priorizei uma abordagem centrada no utente, valorizando a unicidade das suas necessidades em saúde, promovendo o envolvimento ativo do utente no processo de tomada de decisão.

Além disso, respeitei o direito de escolha e a autodeterminação dos utentes, valorizando as suas culturas, crenças e valores específicos, incorporando esses aspetos no planeamento e implementação dos cuidados, para que fossem culturalmente sensíveis e respeitassem a individualidade de cada um.

Em termos práticos, esta abordagem traduziu-se na adaptação das intervenções de enfermagem às necessidades e preferências culturais dos utentes. Por exemplo, ao interagir com utentes de diferentes origens culturais, adaptei a comunicação para respeitar as suas preferências linguísticas e estilos de comunicação, promovendo um ambiente terapêutico mais eficaz. Além disso, ao envolver a família no processo de cuidados, considerei as dinâmicas familiares e culturais, promovendo a participação ativa dos familiares de acordo com as suas crenças e valores. Esta abordagem permitiu oferecer cuidados de enfermagem que respeitam a diversidade cultural e promovem o bem-estar dos utentes.

Segundo Brach et al., (2019) a competência cultural envolve uma interação contínua com as diversidades culturais, incluindo a incorporação de valores e crenças dos utentes no processo de prestação de cuidados. Isso otimiza a adesão ao tratamento e promove a dignidade e o respeito, elementos centrais para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Para McCormack & McCance, (2021) a adoção de uma abordagem culturalmente sensível favorece a participação ativa do utente e promove a sua autonomia, mitigando o risco de incorrer em decisões condescendentes ou prescritivas, que possam estar em dissonância com as crenças e princípios culturais do utente e assegurando que o plano de cuidados respeita e integra as especificidades socioculturais e individuais.

Note-se que a atenção culturalmente sensível também é vista como uma extensão do conceito de empatia no cuidado, promovendo um vínculo de confiança e compreensão que potencializa os resultados clínicos e o bem-estar do utente (Stebnicki et al., 2016).

No exercício das referidas práticas clínicas, esteve sempre presente a preocupação em garantir que os cuidados fossem realizados num ambiente o menos restritivo possível. Este princípio reflete o compromisso com a preservação da autonomia e da dignidade da pessoa, reconhecendo que o internamento psiquiátrico, embora necessário em situações de maior gravidade, deve ser uma medida de último recurso, reservada para momentos em que todas as alternativas menos restritivas tenham sido esgotadas ou tenham demonstrado serem inadequadas para garantir a segurança e o bem-estar do utente.

### 3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o regulamento defende a importância do EE em garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Considero que aprendi a monitorizar indicadores de desempenho, ajustar estratégias quando necessário e garantir o envolvimento contínuo das equipas através de uma comunicação assertiva e eficaz. Esta competência exigiu flexibilidade para me adaptar às dinâmicas dos serviços e uma atenção constante em promover a melhoria contínua dos cuidados prestados, tendo sempre como foco de atenção, a qualidade do atendimento e o bem-estar dos utentes.

Para o desenvolvimento das referidas competências, participei ativamente, nas iniciativas e projetos institucionais como foi o caso do Programa “Mais Contigo”, no qual intervim como dinamizador. Este programa nacional visa a prevenção do suicídio e o apoio à saúde mental, especialmente focado para a adolescência, com o objetivo de promover a literacia sobre saúde mental, sensibilizar para os sinais de alerta de comportamentos suicidários e garantir a formação de profissionais (enfermeiros e psicólogos educacionais), alunos e encarregados de educação (Cardoso, 2024).

Considerarei esta experiência muito enriquecedora, pois permitiu-me intervir no âmbito da prevenção da doença mental numa fase precoce do ciclo de vida e dotar os jovens alvo das minhas intervenções de alguns conhecimentos e competência no domínio da saúde mental.

Um outro projeto institucional no qual participei, foi no programa de preparação individual da medicação para a população em situação de maior vulnerabilidade, particularmente utentes com fraco apoio social e familiar e com evidências de dificuldade na gestão e adesão ao regime medicamentoso.

Este projeto está a ser implementado no Centro de Saúde no qual realizei o Ensino Clínico I, e de acordo com os dados estatísticos da equipa, a sua implementação resultou num aumento significativo da adesão ao tratamento, redução do erro e uma melhoria no controlo dos sintomas, que se reflete em ganhos importantes na saúde e bem-estar destes utentes. De acordo com a perceção da equipa, a implementação deste programa contribuiu para um cuidado mais personalizado e eficaz, promovendo o envolvimento dos utentes e familiares nos seus planos terapêuticos, o que fortaleceu a autonomia dos utentes e aumentou a sua confiança na gestão da própria saúde.

No meu entender, este programa institucional contribui para a melhoria contínua da prática de enfermagem, ao possibilitar a revisão dos processos relacionados com a administração de medicação, identificação de áreas de risco e capacidade de ajuste das intervenções implementadas de modo a mitigar o risco de incumprimento ou erro, facilitando e motivando para a adesão ao regime medicamentoso e promovendo assim a otimização da adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, colaborei com a equipa para realizar avaliações periódicas, utilizando como indicadores a taxa de adesão ao tratamento e a satisfação dos utentes; o que permitiu ajustar as estratégias de cuidados em tempo real, resultando numa melhoria significativa na qualidade do atendimento.

A participação, quer nas reuniões da equipa de enfermagem do Centro de Saúde, como nas reuniões multidisciplinares da Equipa Comunitária de Saúde Mental, foram momentos importantes de reflexão, que me permitiram desenvolver a capacidade reflexiva em diferentes domínios, partilhando dificuldades e revendo abordagens sem julgamentos, fomentando um ambiente facilitador da aprendizagem e da melhoria contínua dos cuidados prestados.

A realização das consultas de enfermagem, bem como as intervenções implementadas no ensino clínico, quer em contexto de internamento, quer no contexto de respostas diferenciadas, foram igualmente momentos importantes para o desenvolvimento da prática reflexiva que se revela crucial nos processos de melhoria contínua.

Note-se, que no âmbito do Ensino Clínico III – contexto de respostas diferenciadas em cuidados paliativos, colaborei nas conferências familiares, realizadas por uma equipa multidisciplinar composta por um médico, enfermeiro, psicólogo, e assistente social. Este procedimento é uma prática regular na intervenção em contexto de cuidados paliativos, uma vez que a evidência científica destaca as conferências familiares como uma oportunidade para envolver os utentes e os seus familiares numa discussão sobre doenças graves, com o objetivo de entender melhor os valores de todos os envolvidos, fornecer informações úteis, definir as preferências de tratamento e identificar fatores que causam sofrimento e pressão relacionados à condição de saúde (Glajchen et al., 2022)

Constatai que o estabelecimento de um ambiente terapêutico, seguro e empático, é efetivamente fundamental para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que investi no fortalecimento do vínculo interpessoal enfermeiro-utente conforme preconizado por Peplau (1991) e mais recentemente por Su et al., (2024). As evidências deste investimento pessoal e profissional, foram autopercecionadas por mim e corroboradas pelos enfermeiros tutores, tendo-se destacado na minha prática clínica de forma progressiva e consistente, nas abordagens

e interações que fui estabelecendo com os utentes ao longo deste percurso académico e consequentemente nos resultados obtidos.

Verifiquei que a comunicação terapêutica se constitui uma ferramenta essencial para criar um ambiente seguro e promotor de confiança entre o enfermeiro especialista em ESMP e os utentes, sendo considerada um elemento fundamental no cuidado em saúde mental, que ajuda a reduzir o sofrimento psicológico e a promover a autonomia do utente (Sequeira et al., 2016).

Ao longo deste mestrado, senti necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as minhas competências comunicacionais, tendo recorrido à utilização de técnicas específicas que facilitaram a minha expressão emocional, a compreensão dos meus sentimentos e a construção de uma relação terapêutica, sendo elas a:

a) Escuta Ativa: Pratiquei a escuta ativa, demonstrando empatia, atenção e compreensão. Este método, é essencial para que o utente se sinta ouvido e validado, promovendo uma relação de confiança e colaboração (Chalifour, 2008).

b) Técnicas de Reflexão e Reformulação: Utilizei a reformulação para garantir que as minhas interpretações estivessem alinhadas com a perspetiva do utente, permitindo clarificar e organizar os seus pensamentos (Sequeira et al., 2016).

c) Uso de Silêncios Terapêuticos: Tal como sugerido por Sequeira et al (2016), utilizei o silêncio de forma estratégica, proporcionando ao utente um espaço para refletir e elaborar as suas emoções sem pressões externas.

d) Validação Emocional: Identifiquei e validei as emoções expressas pelos utentes e familiares, ajudando-os a sentir-se compreendidos e apoiados, reconhecendo ser um princípio-chave no modelo de comunicação terapêutica (Chalifour, 2008).

O investimento no fortalecimento do vínculo interpessoal através de técnicas de comunicação terapêutica possibilitou que os utentes se sentissem ouvidos, compreendidos e respeitados. Este ambiente seguro facilitou também a expressão emocional dos utentes e, consequentemente, promoveu a sua adesão ao plano terapêutico, o que corrobora, uma vez mais, os trabalhos desenvolvidos por Peplau, (1991) e Su et al., (2024).

Além disso, a implementação de abordagens encorajadoras da participação ativa dos utentes na gestão da sua saúde, resultou num aumento significativo do nível de confiança e colaboração durante o processo de recuperação.

### 3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

No contexto das competências relacionadas com a gestão dos cuidados, a OE afirma que estas envolvem a coordenação dos cuidados de enfermagem, promovendo a otimização das respostas e a articulação dentro da equipa de saúde. Além disso, implicam ajustar a liderança e a gestão dos recursos às particularidades de cada situação e contexto, assegurando assim a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Neste domínio, procurei adotar métodos de organização do trabalho que fossem ajustados ao contexto, ao tipo de cuidados a prestar e aos recursos disponíveis. A minha experiência como enfermeiro gestor foi fundamental para o desenvolvimento das competências necessárias à gestão e organização consciente, responsável e eficiente dos cuidados de enfermagem. Através da liderança e gestão de recursos, implementei estratégias de comunicação clara, delegação eficaz e acompanhamento contínuo, o que permitiu otimizar as respostas da equipa de saúde. Adaptei os cuidados às particularidades de cada situação, avaliando individualmente as necessidades dos utentes, ajustando o plano de cuidados e priorizando intervenções conforme a gravidade, urgência e especificidade de cada caso. Estabeleci uma articulação eficiente entre a equipa, promovendo a colaboração interprofissional, o que contribuiu diretamente para assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

Uma experiência enriquecedora para o desenvolvimento desta competência, foi a participação na reunião anual da instituição de saúde de internamento psiquiátrico na qual desenvolvi o Ensino Clínico II, e na qual foi abordado o balanço anual de contas, os novos desafios, os objetivos atingidos e não atingidos e os projetos e investimentos para o ano seguinte. Esta reunião dotou-me de uma visão mais ampla da missão e objetivos concretos desta instituição, bem como da sua realidade financeira, o que facilita a sinergia das equipas de saúde em prol do bem-estar dos utentes, assim como da sustentabilidade da própria instituição.

Além disso, quando surgiram situações de alta complexidade, como utentes com risco elevado de recaída, articulei-me com outros profissionais, como a equipa de enfermagem, a equipa médica (médicos de família e psiquiatra), os psicólogos e assistentes sociais, para garantir um acompanhamento mais próximo, bem como a continuidade do tratamento nas situações pós-alta. Esta articulação permitiu alinhar as intervenções de cada área de atuação, mediante o recurso a uma comunicação clara e objetiva com os profissionais envolvidos, partilhando informações relevantes sobre o estado clínico e psicossocial dos utentes, de forma a garantir uma abordagem integrada e eficaz. Na preparação das altas, procurei assegurar a

transição progressiva do cuidado, com o acompanhamento regular e a orientação para o agendamento de consultas de seguimento nos C.S das áreas de residência, de modo a prevenir recaídas e promover a continuidade do tratamento.

A colaboração com as equipas multidisciplinares e o trabalho desenvolvido em conjunto promoveram significativamente o meu desenvolvimento profissional. Ao estar envolvido em contextos clínicos pautados pelo trabalho em equipa, tive a oportunidade de aprimorar habilidades essenciais, como a comunicação, a gestão de casos e o processo de tomada de decisões. A partilha frequente de informações entre diferentes profissionais de saúde permitiu-me expandir a minha visão sobre os cuidados aos utentes, entendendo melhor a interdependência dos cuidados, quer no domínio físico, mental e até mesmo social.

Além disso, a planificação integrada de intervenções e a articulação coordenada de respostas às diversas necessidades dos utentes ajudaram-me a adotar uma abordagem mais holística e eficaz. Isso contribuiu para o meu desenvolvimento na gestão de recursos e na resolução de problemas, competências fundamentais para a minha função como enfermeiro especialista.

A experiência de referenciar os utentes para os profissionais e recursos mais adequados também permitiu-me aprofundar o meu conhecimento sobre a rede de serviços disponíveis e como direcionar as necessidades de cada utente para as intervenções apropriadas.

Lembro-me de um caso no Ensino Clínico I, em que após a realização da primeira consulta de ESMP, identificámos um utente que reconhecia a sua não adesão ao regime terapêutico por dificuldades socioeconómicas, com sinais evidentes de agravamento da sua sintomatologia depressiva. Nesta situação, articulei com a assistente social para referenciar o utente para a obtenção de um apoio especializado neste domínio, e organizei algumas sessões individuais de psicoeducação de modo a possibilitar um maior envolvimento no plano de cuidados e consolidar os conhecimentos sobre importância da adesão terapêutica.

De forma mais concreta, posso afirmar que a minha participação na organização de cuidados coordenados e na garantia da continuidade e proximidade do atendimento foi evidenciada, por exemplo, durante o Ensino Clínico I - contexto da comunidade, envolvi-me na preparação e acompanhamento de utentes que haviam recebido alta de unidades de internamento psiquiátrico. Para o efeito, trabalhei em estreita colaboração com os profissionais da equipa de internamento, o que me permitiu alinhar as intervenções com o plano de cuidados já estabelecido. Um exemplo disso foram os contactos telefónicos realizados pelos colegas do serviço de internamento para informar sobre a alta e garantir a transmissão das informações essenciais para a continuidade dos cuidados. Nesses casos, procedia-se à articulação direta com

o utente, com o objetivo de agendar uma consulta de enfermagem no menor prazo possível, a fim de evitar o risco de recaída. Esta abordagem visava promover a reintegração do utente na comunidade, ajustar o plano terapêutico às suas novas condições e envolver a família no processo, assegurando uma intervenção personalizada e eficaz. Em alguns casos, consegui ainda agilizar o acesso aos recursos sociais, o que facilitou a adaptação do utente à sua nova rotina.

No sentido inverso, também ocorreu o processo de articulação quando, no Ensino Clínico II - Contexto de Internamento, envolvi-me na articulação com os recursos da comunidade, nomeadamente com os centros de saúde aquando das altas clínicas. De modo a garantir a continuidade dos cuidados e a satisfação das necessidades dos utentes, facilitei a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos, assegurando que todos estivessem alinhados no seguimento do plano terapêutico. A minha atuação foi fundamental para assegurar que o utente fosse acompanhado de perto após a alta e que a transição do internamento para a comunidade fosse efetuada de forma adequada e com o suporte necessário para prevenir complicações.

Neste sentido considero, que estas experiências fortaleceram as minhas competências de gestão, essenciais para o meu desenvolvimento profissional nesta área de especialidade. Através da articulação contínua com a equipa multidisciplinar, da otimização dos recursos disponíveis e da adaptação dos cuidados às necessidades específicas de cada utente; creio ter contribuído para a continuidade dos cuidados e por conseguinte para a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas.

### 3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio compreende o desenvolvimento de habilidades de autoconhecimento e assertividade, reconhecidas como fundamentais para a construção de relações terapêuticas eficazes e para o trabalho em equipa multidisciplinar, considerando sempre os contextos específicos em que o enfermeiro está inserido, sejam eles profissionais, organizacionais ou individuais (OE, 2019). No meu percurso, esses elementos tornaram-se ainda mais evidentes, à medida que fui amadurecendo as minhas práticas de comunicação e interação com os utentes e a equipa.

Durante os ensinamentos clínicos, o processo de autoconhecimento foi essencial, sendo que para o efeito contribuíram as reflexões contínuas realizadas, tanto individualmente como com

o apoio dos enfermeiros tutores e orientadora pedagógica. A utilização do ciclo de Gibbs, (1998) revelou-se uma ferramenta de autorreflexão essencial para o aperfeiçoamento das técnicas de comunicação terapêutica, o que resultou na otimização das minhas relações com os utentes.

O ciclo de Gibbs (1998), composto por seis fases (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação), proporcionou-me uma estrutura clara para refletir sobre as interações com os utentes e ajustar as minhas práticas conforme necessário.

- **Descrição:** Após cada interação com o utente, registava detalhadamente o que ocorrera, observando as reações do utente e as minhas respostas verbais e não-verbais.
- **Sentimentos:** Refleti sobre os meus sentimentos durante as interações, percebendo que emoções pessoais, como frustração pela não adesão ao tratamento, interferiam na comunicação. Ajustei a minha postura para ser mais calmo e empático.
- **Avaliação:** Identifiquei momentos de sucesso, como a construção de confiança, e áreas de melhoria, como a utilização de linguagem técnica que dificultava a compreensão do utente.
- **Análise:** Avaliei as estratégias utilizadas, como o silêncio terapêutico e a reformulação das mensagens, reconhecendo que essas técnicas facilitavam a comunicação.
- **Conclusão:** Concluí que, para melhorar as interações futuras, seria necessário simplificar a linguagem e aumentar a empatia.
- **Plano de Ação:** Apliquei essas estratégias nas interações subsequentes, resultando numa melhoria significativa na relação com o utente, criando um ambiente mais acolhedor e eficaz.

Este processo de autorreflexão e ajuste constante proporcionou-me uma maior clareza sobre como o autoconhecimento e a assertividade impactam diretamente nas relações terapêuticas. Num caso específico, ao ser assertivo na comunicação com um utente relutante quanto à necessidade de aderir ao tratamento, consegui expressar de forma clara e respeitosa os benefícios da adesão ao plano terapêutico, o que resultou numa melhoria do seu compromisso e envolvimento.

Além disso, este processo também se refletiu no trabalho em equipa. O desenvolvimento dessas habilidades permitiu-me perceber a importância da autoconfiança ao interagir com os membros da equipa multidisciplinar, ajustando a minha postura conforme as

necessidades do grupo. Integrando que a partilha de pareceres sobre um determinado caso clínico, ou sobre um tema em particular, possibilita uma compreensão mais abrangente e consistente da situação ou do tópico em análise (Rosen et al., 2018).

Assim, em diversas reuniões de equipa, onde discutíamos casos complexos, como utentes com dificuldades na adesão ao tratamento psiquiátrico, fui capaz de expor as minhas ideias e ouvir as opiniões dos outros profissionais, o que fortaleceu a colaboração e a articulação entre todos. O aperfeiçoamento da comunicação assertiva no decorrer das minhas práticas clínicas, permitiu-me expor as minhas opiniões de maneira respeitosa e construtiva, contribuindo para o processo de tomada de decisão conjunta.

Por exemplo, durante uma reunião de equipa, sugeri a inclusão de sessões de psicoeducação para a família de um utente com depressão refratária ao tratamento instituído, defendendo que o envolvimento familiar poderia facilitar a adesão ao plano terapêutico. A equipa acolheu bem a sugestão, e a implementação dessa intervenção teve um impacto positivo no acompanhamento do utente, demonstrando como a assertividade e o autoconhecimento influenciam diretamente a qualidade do cuidado.

Durante a prática clínica desenvolvida, assumi o compromisso de exercer uma prática baseada na evidência científica, fundamentando sempre que possível a minha intervenção em fontes confiáveis, pesquisando e aplicando práticas que garantissem a melhor abordagem terapêutica para os utentes. Abu-Baker et al., (2021) defendem que a integração da prática baseada em evidência no trabalho dos enfermeiros permite aprofundar o seu conhecimento, padronizar as práticas e melhorar os cuidados prestados, resultando na melhoria do ambiente de trabalho e nos outcomes obtidos.

Este processo de reflexão e aprendizagem contínua foi complementado pela participação em workshops e formações, que me dotaram de conhecimentos técnicos e científicos que contribuíram para aperfeiçoar as minhas intervenções com os utentes, mas também o meu trabalho em equipa e a minha segurança no processo de tomada de decisão, nomeadamente:

A Cluny Autumn School 2023, que decorreu nos meses de outubro e novembro e que reuniu estudantes e profissionais de saúde em vários workshops. A participação neste evento proporcionou o desenvolvimento de competências específicas na área da investigação, uma componente fundamental para a prática do enfermeiro especialista ESMP. Através dos workshops, pude aprofundar o conhecimento sobre metodologias de pesquisa, análise de dados e aplicação de evidências científicas no contexto clínico. A vertente da investigação permitiu-me refletir sobre a importância da mesma no aprimoramento de intervenções terapêuticas e no

desenvolvimento de novos modelos de cuidado para as pessoas portadoras de doença mental. Considero que aprendi a identificar lacunas na prática clínica, formular questões de pesquisa relevantes e aprimorar o pensamento crítico sobre as metodologias de pesquisa, analisando como diferentes abordagens de investigação podem agregar valor à prática. Esta formação fomentou a partilha dos saberes adquiridos com outros profissionais, promovendo a cultura da pesquisa dentro das equipas de saúde, contribuindo para que as decisões clínicas sejam fundamentadas nas melhores evidências disponíveis (cf. Anexo A).

- V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental, promovido pelo CENAT nos dias 21,22 e 23 de março de 2024. O presente congresso viabilizou o aprofundar de conhecimentos no domínio da saúde mental na comunidade, nomeadamente sobre a intervenção em situações de crise, as redes e centros de intervenção psicossocial e as novas abordagens terapêuticas, potenciadoras do diálogo e da desinstitucionalização (cf. Anexo B).
- "IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - Enfermagem de saúde a par com o futuro", que decorreu online no dia 17 de maio de 2024. Este encontro, constituiu-se uma oportunidade valiosa para consolidar conhecimentos sobre a integração da saúde mental na comunidade, promoção da literacia emocional na infância e os desafios na adolescência, além do papel da enfermagem em contextos diversos, como o cuidado a cuidadores de pessoas com demência e esquizofrenia. Esta formação promoveu o desenvolvimento de competências, especialmente ao aprofundar a compreensão sobre as necessidades emocionais e psicossociais da população em diferentes fases da vida. A reflexão sobre as intervenções psicoterapêuticas mais adequadas para cada contexto, o papel da enfermagem na promoção da saúde mental e o apoio aos cuidadores, fortaleceu a minha capacidade de planear e implementar estratégias de cuidados mais eficazes. Além disso, o conhecimento adquirido preparou-me para intervir de forma mais assertiva e adaptada às particularidades de cada situação (cf. Anexo C).
- "O 2.º Congresso Nacional de Emergência Pré-Hospitalar, que decorreu no Centro Cultural e de Investigação do Funchal nos dias 23 e 24 de maio, despertou o meu interesse em aprofundar conhecimentos sobre a coordenação dos recursos existentes em situações de emergência ou catástrofe, contextos que frequentemente envolvem situações de crise e exigem a intervenção do enfermeiro especialista em ESMP. Durante o congresso, procurei compreender melhor a organização da

triagem no pré-hospitalar, o resgate e transporte, as vias verdes e os sistemas de informação utilizados nestas situações. Além disso, a comunicação na continuidade dos cuidados aos utentes foi um ponto fundamental da formação, pois, em contextos de emergência, a capacidade de transmitir informações claras e precisas entre as equipas de saúde, desde o local do incidente até à unidade hospitalar, é essencial para garantir uma intervenção eficaz e o seguimento adequado. Este aspeto da comunicação assegura que os cuidados de saúde mental sejam devidamente integrados e coordenados ao longo de todo o processo, proporcionando um atendimento mais eficaz e seguro para os utentes, especialmente em situações de grande pressão (cf. Anexo D).

### **3.2. Competências específicas de enfermeiro especialista em ESMP**

Segundo a OE (2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP englobam intervenções que promovem o autoconhecimento, a assertividade e a gestão de situações complexas, mediante a integração de conhecimentos técnico-científicos com a capacidade de adaptação a contextos diversos.

Essas habilidades revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica centrada no utente, que envolve técnicas de comunicação verbal e não-verbal, a promoção de um ambiente seguro e terapêutico, assim como o compromisso com responsabilidades mais avançadas, como o planeamento, supervisão e avaliação de intervenções específicas.

De acordo com o Regulamento nº 515/2018, inerente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP, verificamos que as mesmas se encontram organizadas em quatro competências gerais, nomeadamente:

Competência F1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

Competência F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

Competência 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;

Competência F4 - Presta cuidados do 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 (OE, 2018).

Nos subcapítulos seguintes serão descritas e exploradas cada uma das referidas competências, descrevendo de que modo foram alcançadas no decorrer da prática clínica, integrando os dados obtidos da literatura que suportam a respetiva prestação de cuidados em enfermagem.

### 3.2.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro mercê de vivências e processos de autoconhecimento desenvolvimento pessoal e profissional

A capacidade de refletir e aprender com as experiências da prática é essencial na prestação de cuidados de enfermagem eficazes e centrados na pessoa (Lucas, 2023).

O conhecimento resultante do processo de autorreflexão sobre as experiências clínicas e profissionais vividas, conhecido como “aprendizagem experiencial”, é o fator determinante que possibilitará ao enfermeiro avançar ao longo do contínuo que se estende desde os estágios iniciais da prática até o nível de especialista (Fowler, 2020).

Neste contexto, acredito que, ao longo da minha formação e prática clínica, empenhei-me de forma contínua no aprimoramento do meu autoconhecimento, reconhecendo que este é um alicerce fundamental para a prestação de cuidados pautados pela empatia, respeito e compreensão pelo outro, os quais são amplamente reconhecidos como eficazes e de elevada qualidade.

O desenvolvimento desta competência foi facilitado por processos contínuos de autorreflexão e pela interação com distintos contextos clínicos e sociais.

Através das experiências adquiridas durante os ensinamentos clínicos, identifiquei áreas específicas de crescimento pessoal e profissional, recorrendo a ferramentas de reflexão, como o ciclo de Gibbs, (1998) conforme já explanado neste relatório. Essas ferramentas permitiram-me realizar uma avaliação crítica e reflexiva das minhas vivências, assim como das respostas emocionais manifestadas nas interações com os utentes, promovendo um processo constante de aprendizagem e desenvolvimento.

Consciencializei-me do impacto que a minha gestão emocional imputava na dinâmica da relação terapêutica, reconhecendo, nas minhas interações com os utentes, que embora as minhas respostas verbais e não verbais fossem geralmente adequadas, havia oportunidades para ajustá-las para fomentar um ambiente de maior empatia e confiança. Utilizando o ciclo de Gibbs

como ferramenta de reflexão, realizei uma análise crítica da minha postura, identificando que, em momentos de maior tensão emocional, a minha comunicação não verbal poderia ser interpretada de forma diferente da idealizada e esperada. Para Sequeira et al., (2016) este processo reflexivo permite aprimorar a linguagem corporal, adotando uma postura mais aberta e acolhedora, que fortalece a relação terapêutica e contribui para um atendimento mais eficaz e empático.

Este processo é vital para o estabelecimento de uma relação interpessoal positiva e eficaz, o que, no meu caso, resultou na criação de um ambiente mais empático, favorecendo o desenvolvimento da confiança entre o utente e o profissional de saúde conforme preconizado na Teoria das Relações Interpessoais, que destaca a importância do papel do profissional de saúde como um facilitador do crescimento pessoal do utente (Peplau, 1991; Su et al., 2024).

Assim, ao promover a empatia e a confiança, o enfermeiro especialista em ESMP, não apenas atende às necessidades imediatas do utente, mas também fortalece sua autonomia e capacidade de enfrentar desafios futuros, reafirmando o caráter terapêutico da relação interpessoal.

Hartley et al., corrobora que a relação terapêutica se constitui uma parte central do papel do enfermeiro, que se revela fundamental para a obtenção de resultados positivos nas pessoas portadoras de doença mental (Hartley et al., 2020).

Atendendo aos objetivos que estipulei no meu plano de autoformação, apurei que a literatura demonstra que a relação terapêutica representa um vínculo colaborativo entre o enfermeiro e o utente, constituindo-se um fator decisivo para uma resposta positiva no tratamento da depressão (Coelho et al., 2024).

Não obstante, e conforme defendido (Stubbe, 2016); verifiquei que a pessoa com sintomatologia depressiva pode necessitar de um período mais longo para construir a sua confiança no profissional de saúde, antes de se envolver completamente no tratamento, pelo que a aliança terapêutica entre o enfermeiro e o utente é essencial para definir objetivos e estratégias, que facilitam tanto a resolução dos sintomas quanto a adesão contínua à medicação.

Assim, quando a prestação de cuidados é personalizada, as pessoas com sintomatologia depressiva são envolvidas ativamente nas discussões sobre os seus problemas, na definição das suas prioridades e na elaboração de um plano de ação que promova o seu bem-estar, o que resulta em significativos ganhos em saúde para esta população (Menezer et al., 2022).

Além disso, a participação ativa nas reuniões da equipa de enfermagem ou mesmo nas reuniões da equipa multidisciplinar, bem como os momentos de reflexão com os enfermeiros

tutores, orientadora pedagógica e colegas, foram cruciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Estas experiências proporcionaram-me a oportunidade de receber feedbacks construtivos e de questionar as minhas práticas, ajudando-me a identificar crenças e atitudes que poderiam afetar a minha prestação de cuidados de forma negativa. Corroborando que o feedback e a reflexão contínua são, conforme defendido por Chalifour, (2008) indispensáveis no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação.

Durante a prática clínica em contexto comunitário, refiro como exemplo a realização de uma consulta de enfermagem a um adulto de 45 anos, divorciado, com dois filhos menores com 5 e 9 anos de idade, com antecedentes pessoais de perturbação depressiva, que se apresentava com um quadro de ideação suicida sem plano estruturado, e com marcada vulnerabilidade emocional. Esta consulta revelou-se um desafio, uma vez que, além da complexidade do quadro clínico do utente, tive de lidar com a expressão intensa das suas emoções e com a necessidade de criar um ambiente seguro e empático, que favorecesse a expressão de sentimentos dolorosos. A gestão das minhas próprias respostas emocionais, especialmente perante situações de elevado sofrimento, foi uma dificuldade adicional, pois era fundamental manter uma postura equilibrada e profissional, sem me deixar envolver excessivamente pela carga emocional da situação.

De acordo com Rocha et al., (2017) o papel do profissional de saúde, neste contexto, consiste em interromper o ciclo de padrões negativos de pensamento e comportamento do cliente, ao invés de se envolver ou reforçar esses padrões. Para fazer isso de forma eficaz, o enfermeiro precisa de estar atento à sua própria reação emocional, ou contratransferência, e geri-la adequadamente.

Reconheço que neste caso, a reflexão conjunta com a enfermeira tutora após a referida consulta, foi de extrema importância, pois ajudou-me não só a expressar e gerir as minhas próprias emoções, como a identificar os processos de contratransferência que estava a efetuar, o que por sua vez permitiu-me ajustar a minha abordagem na consulta seguinte, possibilitando a adoção de uma postura mais assertiva, mas ao mesmo tempo sensível às necessidades emocionais do utente. No meu ver, esse ajuste foi fundamental para melhorar a comunicação com o utente, e promover um ambiente mais propício à intervenção terapêutica.

Outro fator importante para o desenvolvimento da competência em análise, foi o trabalho em equipa multidisciplinar. A construção do autoconhecimento também é facilitada pela interação com outros profissionais, pois a diversidade de perspetivas e a troca de experiências promovem uma reflexão constante sobre as próprias atitudes e estratégias de comunicação (Netto et al., 2018). Ao trabalhar com diferentes profissionais da saúde, pude

aprender a reconhecer a importância das minhas competências de enfermeiro dentro do contexto mais amplo da equipa, ajustando-me às exigências de cada situação e colaborando de forma eficaz para o melhor interesse do utente.

Contudo, foi no Ensino Clínico III – contexto respostas diferenciadas em cuidados paliativos – âmbito da enfermagem de ligação, que experienciei, de forma mais evidente, a consolidação e o aperfeiçoamento desta competência, tanto no âmbito profissional, quanto no pessoal.

O acompanhamento de uma pessoa no processo de doença terminal, é uma experiência singular e única, que requer uma profunda consciência da própria finitude e da dos entes queridos, bem como a capacidade de compreender o significado deste momento para o indivíduo, abstendo-se de julgamentos fundamentados em valores pessoais.

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde abordem o tema da morte, para que possam se sentir mais capacitados a oferecer o cuidado adequado tanto ao utente, quanto aos seus familiares (Mendes et al., 2021). Contudo, são escassos os estudos que exploram os sentimentos dos profissionais de enfermagem ao lidarem com a morte, como a empatia, o envolvimento emocional, a negação, a indiferença, a culpa e a compaixão (Braga & Queiroz, 2013; Souza et al., 2022).

Torna-se por isso essencial fomentar a pesquisa sobre as experiências emocionais dos profissionais de enfermagem na intervenção com a pessoa com alteração mental ou marcado sofrimento emocional (como sucede, por vezes, em cuidados paliativos), a fim de promover uma melhor compreensão das suas respostas afetivas e, assim, apoiar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que favoreçam tanto o bem-estar dos profissionais, quanto a qualidade do cuidado oferecido aos utentes e suas famílias.

Por último, mas não menos importante, considero que elaboração dos estudos de caso, bem como a sua apresentação nos referidos Ensinos Clínicos e orientações tutoriais, assumiram um papel importante no processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Estes momentos promoveram oportunidades valiosas para a partilha de experiências, análise crítica de situações reais e reflexões aprofundadas sobre as intervenções implementadas. Além disso, promoveram o diálogo entre pares e orientadores, incentivando uma abordagem colaborativa e multidisciplinar que contribuiu para a construção de competências técnicas, éticas e relacionais, indispensáveis à prática profissional informada e responsável.

### 3.2.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Para vários autores, o cuidado em saúde não se limita à gestão de sintomas, exigindo uma abordagem abrangente que inclua a prevenção, o tratamento e a reabilitação, sempre em articulação com os diversos intervenientes no processo de cuidado (Morrissey & Callaghan, 2011; Zamanzadeh et al., 2015; K. Zhang et al., 2023).

O desenvolvimento desta competência apela a uma abordagem holística, que considera a pessoa como um ser integrado no seu contexto familiar, social e comunitário, promovendo a saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida.

Contudo, assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida e otimizar a sua saúde mental, requer um processo de avaliação das suas necessidades em saúde, bem como do contexto sociofamiliar em que se encontra inserida, de modo a ser possível identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem e assim poder planear, de forma ajustada, as respetivas intervenções.

Neste sentido, verifiquei que após o estabelecimento da relação terapêutica, a entrevista clínica assume um papel de destaque ao operacionalizar essa mesma avaliação, pois é através dela que o enfermeiro especialista em ESMP consegue desenvolver a avaliação diagnóstica de enfermagem (OE, 2017b).

Para Sequeira (2020), a entrevista clínica consiste numa interação comunicativa entre o profissional de saúde e o utente cujo objetivo visa tanto a observação, quanto a recolha de informações, através de perguntas, com o propósito de compreender os detalhes do problema de saúde do utente e de caracterizar o contexto em que ele e o problema se encontram inseridos.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a entrevista clínica encontra-se estruturada em três fases: inicial, exploratória e final.

- Fase inicial: é o momento de criar um vínculo e estabelecer a confiança entre o profissional e o utente, envolve a apresentação, a explicação do objetivo da entrevista e o início da recolha de informações sobre o motivo da consulta.
- Fase exploratória: centra-se na obtenção de informações detalhadas sobre o problema do utente, explorando sintomas, história familiar, história clínica (com ênfase para a história de saúde mental do indivíduo e família) e contexto de vida; além de que utiliza técnicas como perguntas abertas, escuta ativa e observação, permitindo compreender de forma aprofundada as questões apresentadas.

- Fase final: resume os principais pontos discutidos e esclarece as dúvidas do utente, bem como, define os próximos passos, como orientações, encaminhamentos, encerrando a entrevista de forma clara e acolhedora.

A avaliação do estado mental é uma ferramenta igualmente importante utilizada pelo enfermeiro especialista em ESMP, no contexto da avaliação diagnóstica abrangente, integrando a primeira etapa da aplicabilidade do processo de enfermagem. Esta avaliação é frequentemente utilizada durante a entrevista clínica e tem como objetivo identificar possíveis desvios em relação à normalidade em diversos aspetos do funcionamento mental do indivíduo.

Segundo o Parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a avaliação do estado mental apresenta uma estrutura específica, organizada em parâmetros como: aspeto geral, atitude e comportamento em relação ao entrevistador, orientação e nível de consciência; psicomotricidade, humor, discurso, pensamento e sensoperceção, funcionamento e capacidade cognitiva e consciência da doença (OE, 2017b).

Esta avaliação inicial poderá ser reforçada com a aplicação de instrumentos de medida, que se revelam uma mais-valia na consolidação dos diagnósticos de enfermagem levantados, bem como, na posterior avaliação dos resultados obtidos.

Neste âmbito, e no EC em contexto comunitário foi utilizada essencialmente a escala DASS-21 (**Depression, Anxiety, and Stress Scale**), que consiste num instrumento de avaliação psicológica de 21 itens, que mede três dimensões relacionadas com bem-estar emocional (depressão, ansiedade e stress).

Já no EC em contexto de internamento psiquiátrico, foi utilizado essencialmente o **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, para avaliar o funcionamento cognitivo global, permitindo identificar possíveis déficits em diversas áreas como a orientação (tempo e espaço), memória a curto prazo, atenção e cálculo, linguagem, habilidades perceptivas.

No Ensino Clínico III – contexto de respostas diferenciadas em contexto de cuidados paliativos, tive a oportunidade de aplicar mais instrumentos de medida, nomeadamente as escalas descritas infra:

- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) - escala de 14 itens usada para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em contextos hospitalares, permitindo distinguir sintomas emocionais de físicos em doentes com patologias somáticas.

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) – monitoriza a gravidade dos sintomas físicos, emocionais e globais em doentes com doenças graves, particularmente em cuidados paliativos.
- PPS (Palliative Performance Scale) - avalia a funcionalidade e a expectativa de vida.
- EVA (Escala Visual Analógica) – mede de forma simples e rápida a perceção subjetiva do utente sobre a intensidade da dor ou outros sintomas.
- EORTC QLQ-C15-PAL (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 15 for Palliative Care) – avalia a qualidade de vida em doentes oncológicos em cuidados paliativos.

A utilização destes instrumentos de medida na prática clínica permitiu uma avaliação mais objetiva, padronizada e centrada no utente, facilitando a identificação de sintomas, a monitorização da evolução clínica e a orientação de intervenções personalizadas. Além disso, promoveu uma comunicação mais eficaz entre a equipa multidisciplinar garantindo um cuidado holístico e de qualidade.

Estas experiências permitiram-me observar uma evolução positiva no domínio da avaliação diagnóstica em enfermagem de saúde mental, que se refletiu em melhores resultados em saúde, que por sua vez contribuíram para uma maior segurança na minha intervenção.

Deste modo, a avaliação diagnóstica adequada é fundamental para garantir que as intervenções de enfermagem sejam eficazes e que as necessidades do utente sejam atendidas, pois sem uma avaliação precisa e bem fundamentada, as etapas subsequentes do processo de enfermagem ficam comprometidas, prejudicando a qualidade das intervenções e a eficácia do plano de cuidados, o que pode potenciar resultados insatisfatórios para o utente (Lotfi et al., 2021).

No entanto, na enfermagem, especialmente na área da saúde mental, é importante valorizar e promover o envolvimento ativo da família no processo de tratamento, recuperação ou reabilitação, aproveitando o seu potencial para contribuir positivamente para o processo terapêutico (Carvalho, 2015; Carvalho et al., 2020).

Neste sentido, e ainda no âmbito da avaliação inicial, é relevante determinar o processo familiar, o que implica avaliar a dinâmica da família, assim como, a qualidade e o vínculo das relações estabelecidas entre os membros. Para tal, aprofundei os meus conhecimentos sobre o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary (MIFC), o qual se revela uma excelente ferramenta que permite aos enfermeiros promover ensinamentos diretamente no ambiente de cuidados,

melhorando os resultados para os utentes e respetivas famílias, sendo especialmente recomendada em situações que favoreçam a melhoria do nível de cuidado prestado (Mileski et al., 2022).

O referido modelo assenta em três domínios principais: estrutural, que avalia a composição da família (genograma), as relações internas e as influências externas (ecomapa); desenvolvimental, que considera os estágios de desenvolvimento da família e os desafios ao longo do ciclo de vida; e funcional, que analisa as interações familiares no quotidiano, incluindo a comunicação, a resolução de problemas e as funções emocionais (Cecilio et al., 2014).

Após a avaliação inicial segue-se a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem, formulados com base nos dados colhidos na primeira etapa, que apelam à elaboração de um plano de cuidados que contemple intervenções pertinentes para responder às necessidades identificadas.

O processo de enfermagem conclui-se como começa: com uma avaliação, desta vez focada nos resultados alcançados. Esta etapa final tem como objetivo analisar a eficácia das intervenções implementadas, identificando o grau de sucesso em relação aos objetivos estabelecidos, as dificuldades encontradas durante a sua implementação e os aspetos que podem ser aprimorados. Esta reflexão permite ajustar o plano de cuidados, garantindo a continuidade e a adequação das ações às necessidades do utente.

Neste sentido, a elaboração dos estudos de caso, das reflexões críticas individuais, bem como das reflexões conjuntas com os colegas e com a orientadora pedagógica, revelaram-se, uma vez mais, fundamentais para consolidar as competências adquiridas e estruturar de forma mais eficiente o pensamento crítico e o processo de tomada de decisão. A aplicação do processo de enfermagem proporcionou uma compreensão profunda das situações e facilitou o desenvolvimento das habilidades reflexivas, além de incentivar a comunicação clara e objetiva de informações complexas, contribuindo para a consolidação dos conhecimentos e competências adquiridas.

No âmbito da unidade de competência “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (OE, 2018), acredito tê-la desenvolvido no Ensino Clínico I, ao participar na dinamização do programa “Mais Contigo”.

O Programa “Mais Contigo” consiste numa iniciativa de Prevenção do Suicídio e Intervenção pós-Suicídio, que surgiu em 2009 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela enfermeira Rosa Simões que visa a prevenção dos comportamentos suicidários e a promoção da saúde mental na comunidade escolar. Embora desenvolvido inicialmente em

Portugal continental, o programa foi expandido para a Região Autónoma da Madeira, numa parceria entre o Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família, o SESARAM EPERAM e a Direção Regional da Educação, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental, sensibilizar para os sinais de alerta de comportamentos suicidários e garantir a formação dos profissionais e da comunidade (Cardoso, 2024; Simões et al., 2019).

O programa, além de prevenir os comportamentos suicidários, visa combater o estigma em torno da saúde mental, estabelecer uma rede de apoio eficaz, promover o autoconceito, desenvolver competências sociais e de resolução de problemas, incentivar a expressão e gestão emocional, identificar precocemente problemas de saúde mental e fortalecer as redes de apoio nos serviços de saúde (Simões, 2021).

A minha colaboração na implementação deste programa, decorreu em duas das seis sessões contempladas, numa Escola Básica do 2º e 3º ciclo da área do Funchal, permitindo-me desenvolver competências psicoeducacionais direcionadas para um grupo de jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos de idade, matriculados no 8º ano.

A participação no programa “Mais Contigo” contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro especialista em saúde mental, não apenas pelo investimento no desenvolvimento de competências psicoeducacionais, mas também pela ampliação da minha capacidade de intervenção em rede, articulação interprofissional e capacidade reflexiva do impacto destas intervenções na comunidade especialmente nesta faixa etária. Esta experiência permitiu-me adquirir uma visão mais integrada das necessidades da população jovem e reforçar a importância da educação em saúde mental como estratégia preventiva, competências estas transferíveis para outros contextos de intervenção ao longo do ciclo vital.

Reconheço que o programa desempenha um papel crucial na comunidade, revelando-se uma estratégia agregadora e facilitadora de uma intervenção em rede, fortalecendo a colaboração entre diferentes profissionais (enfermeiros, psicólogos, docentes, não docentes, jovens e encarregados de educação) criando um ambiente mais eficaz para otimização da saúde mental tendo como fim último a prevenção do suicídio desta população.

De um modo geral, as intervenções de saúde mental realizadas em contexto escolar têm-se revelado eficazes na redução da depressão e da ansiedade, pelo que a literatura incentiva a adoção de mais programas neste âmbito como uma estratégia de intervenção precoce na prevenção e minimização da sintomatologia depressiva (Zhang et al., 2022).

No Ensino Clínico II – contexto de internamento, desenvolvi projetos de promoção e proteção da saúde mental ao implementar estratégias psicoeducacionais e psicoterapêuticas

adaptadas às necessidades dos utentes. Neste sentido, constato que intervimos com grupos de utentes sensibilizando-os para a importância do autocuidado, gestão do stress e identificação precoce de sinais de agravamento da saúde mental. Através de sessões educativas, atividades grupais (Ex. “Bons Dias”) e acompanhamento individualizado, acredito ter conseguido promover a adesão ao tratamento, reduzir o estigma em torno das perturbações mentais e fortalecer as redes de apoio, contribuindo para a recuperação e prevenção de recaídas.

No Ensino Clínico III, desenvolvi de forma conjunta com a equipa, projetos focados na promoção do bem-estar emocional e na gestão da dor psicossocial dos utentes, que enfrentavam a agudização de uma doença crónica ou uma fase terminal de vida. Intervimos com os utentes e respetivas famílias, oferecendo apoio emocional e estratégias de enfrentamento, enquanto colaborava com a equipa multidisciplinar para garantir uma abordagem holística. O foco centrou-se na melhoria da qualidade de vida, na redução do sofrimento físico e emocional e na promoção de uma morte digna, assegurando que as necessidades emocionais e psicológicas fossem atendidas de forma adequada.

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

Esta competência requer uma abordagem integrada, com o objetivo de assegurar a recuperação ou preservação da saúde mental e a inclusão nos contextos familiar, social e comunitário, através da avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenções baseadas em evidência e avaliação dos resultados obtidos.

Este processo envolveu a mobilização de conhecimentos especializados, a articulação e coordenação com as equipas multidisciplinares e a implementação de planos de cuidados ajustados, tal como definido pela OE (2018).

Segundo a APA Work Group on Psychiatric Evaluation, (2020) uma avaliação precisa e detalhada do estado mental é fundamental para identificar sinais e sintomas de doenças psiquiátricas, estabelecer diagnósticos, determinar a gravidade da situação e encaminhar o utente de forma adequada. Além disso, permite monitorizar a evolução clínica do mesmo, fundamentar o processo de tomada de decisão, otimizar o plano terapêutico e garantir intervenções mais eficazes e direcionadas às necessidades individuais apresentadas.

Embora se reconheça que a sintomatologia depressiva é uma condição comum e com impacto significativo na qualidade de vida dos utentes, o seu diagnóstico nos cuidados de saúde

primários por vezes é subvalorizado, sendo crucial investir numa avaliação e/ou rastreios mais precisos e abrangentes, de modo a responder de forma mais eficaz às necessidades dos milhões de utentes que vivem com esta condição de saúde (Jackson & Machen, 2019).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, a monitorização da evolução dos planos de cuidados centrados na reabilitação psicossocial dos utentes foi realizada através da observação sistemática e contínua dos comportamentos, interações sociais e respostas emocionais, bem como por meio de diálogos regulares e reflexivos com os mesmos. Este acompanhamento permitiu avaliar a adesão às intervenções propostas, identificar sinais precoces de alterações no estado mental e compreender as suas necessidades em saúde, garantindo o ajuste das intervenções de enfermagem de forma dinâmica e individualizada.

Adicionalmente, foram valorizadas as perceções e o feedback dos utentes, assim como as contribuições da equipa multidisciplinar, promovendo uma abordagem holística e integrada, mesmo na ausência da aplicação de instrumentos padronizados de avaliação.

No meu entender, e conforme preconizado no Regulamento n.º 515/2018, considero ter demonstrado a capacidade de elaborar e implementar os planos de cuidados elaborados para os utentes, de forma a potenciar e a manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, mantendo e promovendo a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social e promovendo e reforçando as capacidades das famílias (OE, 2018).

No que concerne ao reforço das capacidades da família, este foi efetuado através de sessões de educação e suporte emocional, focadas na compreensão da perturbação mental, estratégias de comunicação, gestão da crise e promoção de redes de apoio, contribuindo para o fortalecimento do papel da família no processo terapêutico.

Para exemplificar, apresento o caso de um utente de 63 anos, internado com diagnóstico de perturbação depressiva, que apresentava resistência à adesão ao regime terapêutico devido a crenças erróneas sobre os efeitos secundários dos fármacos. Após identificar esta barreira, realizei duas sessões de psicoeducação envolvendo o utente e a sua família. Nessas sessões, expliquei a importância do tratamento continuado, esclareci dúvidas e desmistifiquei mitos relacionados com a medicação. Para reforçar a mensagem, utilizei materiais visuais que facilitaram a compreensão e ajudaram a desconstruir as falsas crenças, promovendo uma maior adesão ao plano terapêutico.

De forma progressiva, implementei estratégias para promover a adesão ao regime terapêutico. Inicialmente, preparei individualmente a medicação em caixas apropriadas, assegurando que tanto o utente como a irmã (familiar responsável) compreendessem o processo

e a sua importância. Numa segunda fase, supervisionei e apoiei ambos na preparação da medicação, promovendo a prática conjunta. Por fim, deleguei a supervisão ao familiar e a preparação ao utente, incentivando a autonomia de ambos.

Durante este processo, mantive uma monitorização rigorosa, avaliando não apenas a preparação e adesão ao regime medicamentoso, mas também trabalhando na validação e desconstrução de crenças erróneas, na análise da atitude do utente e da família na gestão da terapêutica, e na observação dos efeitos da medicação (terapêuticos e adversos). Esta abordagem gradual revelou-se essencial para aumentar a compreensão, a confiança e a motivação do utente, resultando numa adesão progressiva e sustentada ao regime terapêutico nas semanas seguintes.

Essa adesão progressiva traduziu-se no cumprimento regular do regime medicamentoso pelo utente, na redução das dúvidas e resistência inicial em relação à medicação, na participação ativa do familiar no processo terapêutico e na melhoria gradual do estado clínico, com maior estabilidade emocional e redução dos sintomas depressivos.

Esta abordagem integrativa abordou diretamente as crenças erróneas como um dos principais fatores de resistência, demonstrando a eficácia de intervenções educativas e práticas na superação das barreiras à adesão medicamentosa (Baryakova et al., 2023).

A experiência prática permitiu-me confirmar esta perspetiva, reforçando a importância de envolver os familiares como coadjuvantes no processo de reabilitação, assegurando que o regime terapêutico é cumprido e reduzindo o risco de não adesão, que é comum nas pessoas com perturbações mentais, especialmente naquelas com depressão, onde a falta de motivação e os sintomas cognitivos podem dificultar a adesão ao tratamento e ao autocuidado (González de León et al., 2022; Grenard et al., 2011; Verloo et al., 2017).

Outra vertente importante desta competência preconiza a prevenção de recaídas e a manutenção do bem-estar ao longo do tempo. A recaída é um obstáculo significativo para a recuperação das doenças mentais, que pode ser prevenida ao abordar as questões subjacentes com abordagens preventivas em diversos contextos dos cuidados de saúde.

A identificação de estratégias eficazes para prevenir a recaída na depressão é fundamental, sendo recomendada a integração de intervenções específicas para este fim, mesmo para utentes com menor risco, os quais, apesar de necessitarem de abordagens menos intensivas, não devem ser desconsiderados no planeamento dos cuidados (Breedvelt et al., 2024).

Nos últimos anos, os cuidados de saúde mental na comunidade têm-se orientado para uma abordagem essencialmente preventiva com intervenções focadas na prevenção de recaídas,

as quais podem ser personalizadas conforme as necessidades específicas de cada utente (Moriarty et al., 2020).

Numa das intervenções de grupo, denominada “Bons Dias” que dinamizei no contexto de internamento psiquiátrico, o objetivo centrou-se precisamente na preparação da alta clínica e no desenvolvimento de habilidades de prevenção da recaída. Para tal planeei a sessão com base nas estratégias de prevenção da recaída preconizadas por Mudakavi & Rentala, (2021) ao considerarem como abordagens major de intervenção a importância da consciencialização precoce dos sinais de alerta, a adesão à medicação, o treino em habilidades de enfrentamento, a psicoeducação, os programas de autoajuda e a identificação de fatores de risco e proteção.

Mudakavi & Rentala, (2021) destacam que a identificação precoce de sinais, a adesão à medicação, a psicoeducação e os programas cognitivo-comportamentais são essenciais para prevenir as recaídas e reduzir os sintomas. Além disso, as iniciativas de autoajuda e a abordagem dos fatores de risco e de proteção, promovem a resiliência, o bem-estar e a recuperação a longo prazo.

Das estratégias sugeridas no artigo, senti dificuldade na referenciação para grupos de autoajuda na comunidade, pela escassez dos mesmos. Apurei posteriormente que esta dinâmica está a ser desenvolvida em alguns centros de saúde, para contextos específicos (determinadas patologias psiquiátricas). Contudo, parece-me que carece que um maior investimento pelos profissionais de saúde, até porque a intervenção grupal tem vindo a reunir cada vez mais evidência científica dos seus ganhos em saúde, sendo considerada mais eficiente e, em muitos casos, até mais eficaz devido à redução do estigma e à solidariedade proporcionada pela interação entre pares (Pappas, 2023).

No entanto, no ensino clínico em contexto de internamento psiquiátrico foi possível assistir a uma reunião de auto-ajuda da unidade de cessação etílica, que se realiza uma vez por mês no auditório daquela instituição, para todas as pessoas que se encontram em processos de tratamento, recuperação e reabilitação do álcool e seus familiares.

Durante essas reuniões, observei a interação, o convívio positivo estabelecido entre os utentes e os profissionais de saúde, além da ativa participação e troca de experiências entre todos os presentes. Verifiquei que esta atividade, tal como defende Tracy & Wallace, (2016) contribui para a criação de um espaço revitalizador, promotor de uma maior confiança, assertividade e resiliência nas vidas dos participantes, tanto nas suas relações familiares, como nas suas relações interpessoais nos contextos laborais e sociais. Esta dinâmica preconiza o empoderamento individual e de grupo, ajudando a prevenir lapsos e recaídas, particularmente no contexto da manutenção da cessação etílica (Melemis, 2015; Menon & Kandasamy, 2018).

De uma forma geral, as restantes estratégias foram abordadas, no meu entender, de forma positiva e com uma ampla receptividade pelos utentes que colocaram questões e demonstraram interesse e motivação perante as mesmas.

Noutra intervenção de grupo, denominada “Bons Dias”, intervimos com um grupo constituído essencialmente por pessoas com perturbação depressiva, cuja temática centrou-se na “Promoção do Autocuidado”. Nesta sessão, foram abordadas técnicas de autocuidado com recurso à ICC, considerada eficaz na promoção de mudanças comportamentais e na identificação de padrões de pensamento negativos (A. Beck, 1979; J. Beck, 2011). Durante essas sessões, ajudei os utentes a desenvolver planos de ação personalizados para gestão das situações de stress e melhoria da sua rotina diária. O feedback obtido por parte dos utentes evidenciou-se na forma como expressaram maior confiança nas estratégias de autocuidado, manifestando um aumento na autonomia para lidar com os desafios diários e uma aparente perceção mais positiva sobre a sua capacidade de gerir a saúde mental. Além disso, observou-se uma diminuição na expressão de sentimentos de isolamento social, evidenciada pela participação mais ativa e pela troca de experiências dentro do grupo.

Não obstante, e durante o Ensino clínico I - contexto comunitário, tive a oportunidade de intervir numa situação de crise que exigiu uma intervenção rápida e estruturada e que se depreendeu com um pedido de colaboração por um colega do centro de saúde, para avaliar uma utente que apresentava um comportamento marcado por agitação psicomotora, choro intenso, discurso hiperfónico e hierprosódico, evidenciando uma elevada desvalorização de si e dos acontecimentos, associado a ideação suicida. Identifiquei que a situação tinha sido desencadeada por uma combinação de fatores: comunicação por telefone do falecimento do marido (que se encontrava internado há cerca de um mês), fraca rede social de apoio e antecedentes pessoais de depressão.

Embora não tenha sido possível aplicar um instrumento de medida atendendo ao contexto envolvente, a avaliação do risco de suicídio foi baseada em indicadores clínicos e comportamentais observados, nomeadamente as verbalizações diretas e claras da utente, como “saltar de uma ponte e morrer” sic e “a vida sem ele (o marido) não faz sentido” sic. Essas expressões revelaram a presença de ideação suicida, associada a uma falta de fatores de proteção, como suporte social e estratégias de enfrentamento eficazes. A ausência desses fatores de proteção, aliadas à gravidade das verbalizações, indicou um risco elevado de suicídio, o que levou à priorização da segurança imediata da utente, garantindo um ambiente seguro e a implementação de medidas de contenção e acompanhamento contínuo.

A crise é um período de transição autolimitado, no qual a pessoa se confronta com um evento ou situação considerada ameaçadora ou potencialmente perigosa, a qual desencadeia um período de desequilíbrio psicológico e de dificuldade funcional (Sequeira & Sampaio, 2020a).

O modelo de intervenção em crise, proposto por James & Gilliland, (2005) engloba duas etapas que compreendem a escuta e a ação. Na fase de escuta, o profissional deve identificar o problema, garantir a segurança do utente e oferecer apoio, sendo crucial nesta fase observar, compreender e responder sem juízos de valor, com respeito, empatia e aceitação.

Já na fase de ação, o profissional deve explorar alternativas de intervenção, planear as ações e obter o compromisso do utente para implementar as estratégias acordadas, assegurando que o plano de intervenção seja viável, eficaz e ajustado às necessidades imediatas do utente, promovendo a sua estabilidade emocional e o seu envolvimento no processo de recuperação.

Este exemplo reflete a deteção precoce de riscos associados a emergências psiquiátricas, pelo que efetuando uma análise retrospectiva, apuro que apliquei as etapas do referido modelo conforme preconizado, demonstrando assim a capacidade de avaliar e detetar emergências psiquiátricas e de intervir em conformidade de acordo com o nível de risco identificado.

Em termos da definição dos indicadores sensíveis nesta área de especialidade McCormack & McCance, (2021) defendem que a identificação de metas claras e mensuráveis facilita a análise dos ganhos em saúde mental.

Neste contexto, verifiquei que utilizei principalmente como indicadores: a taxa de adesão às consultas de ESMP, a obtenção do diagnóstico de enfermagem esperado e as verbalizações dos utentes sobre a sua auto percepção de bem-estar, os quais foram avaliados ao longo da minha intervenção, destacando o compromisso com a monitorização dos resultados e os ganhos clínicos individualizados.

No contexto do Ensino Clínico III - contexto respostas diferenciadas, realizado num serviço de cuidados paliativos, considero que a minha atuação, focou-se na promoção do bem-estar emocional e psicológico dos utentes em fim de vida ou em situação de elevado sofrimento físico ou emocional decorrente do agravamento dos seus processos de doença, reconhecendo a importância de mobilizar as dinâmicas familiares e comunitárias no processo de cuidado.

Através da articulação com a equipa multidisciplinar e do envolvimento das famílias, foi possível oferecer suporte emocional, esclarecer questões sobre o processo de luto e ajudar na gestão das emoções e expectativas dos utentes e seus familiares. As dinâmicas familiares foram trabalhadas para reforçar a rede de apoio, minimizando o sofrimento emocional inerente e promovendo um ambiente de aceitação e serenidade.

Além disso, foi essencial envolver os recursos da comunidade sempre que necessário, para garantir que os utentes não se sentissem isolados, proporcionando um suporte contínuo e adaptado às suas necessidades. A mobilização das dinâmicas próprias de cada contexto permitiu uma recuperação não apenas física, mas também emocional, ao longo do processo de cuidados paliativos, promovendo uma morte digna e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

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

Esta competência remete para a capacidade de fornecer cuidados integrados e personalizados que promovam a recuperação e o bem-estar mental, adaptando-se às necessidades do indivíduo e sua rede de apoio, com o objetivo de alcançar um funcionamento saudável e satisfatório ao longo do ciclo de vida.

Uma das suas unidades de competência relaciona-se com a coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação (OE, 2018).

A psicoeducação, é uma abordagem que visa informar e capacitar os indivíduos para gerir a sua condição, promovendo o envolvimento consciente e a redução do estigma (McFarlane et al., 2003). Segundo Bäuml et al., (2006) a psicoeducação é eficaz na melhoria da adesão ao tratamento, sobretudo em condições crónicas, como a depressão, sendo o envolvimento da família interpretado como crucial para o sucesso da mesma.

Verificamos que a psicoeducação é reconhecida como relevante na intervenção da pessoa com sintomatologia depressiva, particularmente na promoção da adesão ao regime terapêutico (Sletvold et al., 2022). Sendo considerada uma intervenção útil para melhorar a adesão ao tratamento, promover o cumprimento das orientações, fornecer conhecimento sobre a doença, desmistificar mitos e modificar atitudes em relação à mesma, embora não substitua o tratamento farmacológico no caso da depressão (John et al., 2016).

A psicoeducação é fundamental na saúde mental, pois capacita os utentes a compreenderem melhor a sua condição e a desenvolverem estratégias eficazes para a gestão dos sintomas. Estudos recentes destacam a eficácia da psicoeducação na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados por perturbações mentais (Alves et al., 2024).

Desta forma, a psicoeducação pode ser vista como um complemento ao tratamento da perturbação depressiva, atuando em conjunto com a gestão do regime medicamentoso (Singh et al., 2024).

No domínio da psicoeducação, os programas desenvolvidos incidiram na participação do Programa de Preparação Individual da Medicação em contexto comunitário, no qual foram realizadas consultas de enfermagem e visitas domiciliárias ao utente e à família, com o objetivo de facilitar a adesão terapêutica. Este programa compreendia intervenções que incidiam na informação sobre a ação e efeitos secundários da medicação, esclarecimento de dúvidas, desmistificação de crenças erróneas, reforço dos benefícios da adesão e incentivo à mesma. Além disso, implementei sessões de educação individualizadas focando estratégias para a gestão do humor, identificação precoce de sinais de recaída e promoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividade física e manutenção de uma rotina de sono adequada.

Em contexto de internamento e essencialmente aquando da dinamização das intervenções grupais, “Bons dias”, aperfeiçoei competências neste domínio, ao desenvolver conteúdos educacionais sobre literacia em saúde mental no domínio da prevenção da recaída e promoção do autocuidado.

A participação e dinamização no programa “Mais Contigo” foi conforme já explanado, uma oportunidade igualmente importante que possibilitou desenvolver competências psicoeducacionais. Para a autora do programa, e num estudo prévio efetuado foi constatado que as intervenções psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário, que demonstram eficácia na redução da ideação suicida, dos sintomas depressivos e na prevenção da repetição do comportamento, incluem a intervenção cognitivo-comportamental associada à psicoeducação (Simões et al., 2019).

De acordo com a OE, (2023c), a intervenção de Enfermagem “Executar [intervenção psicoeducacional]” não se circunscreve somente ao ensino acerca da doença mental. Esta engloba, igualmente, (a) a capacitação para o reconhecimento de doenças ou tipos de distress psicológico específicos, (b) o ensino acerca das causas e fatores de risco, (c) o ensino acerca das intervenções de autoajuda, (d) o ensino acerca da ajuda profissional disponível, (e) o ensino acerca das atitudes que facilitam o reconhecimento e uma procura de ajuda apropriada, (f) o ensino acerca de como procurar informação acerca da saúde mental, e (g) o ensino acerca de como obter e manter uma boa saúde mental / saúde mental positiva.” (p.2)

Uma outra unidade de competência desenvolvida, relaciona-se com “desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e

prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (OE, 2018).

Esta competência foi desenvolvida no contexto da minha prática clínica ao identificar e aplicar abordagens terapêuticas adaptadas às necessidades individuais dos utentes. Ao longo dos ensinamentos clínicos, trabalhei com utentes com diferentes perturbações mentais, implementando estratégias psicoterapêuticas baseadas em evidências, como a ICC com o objetivo de restaurar a sua saúde mental e prevenir a incapacidade.

Além disso, a aplicação de processos socioterapêuticos, focou-se na mobilização de recursos sociais e familiares, promovendo a inclusão e a integração do utente na comunidade. Trabalhei em estreita colaboração com as famílias, promovendo a psicoeducação e o envolvimento no processo terapêutico, de modo a reforçar as redes de apoio e melhorar a adesão ao tratamento. A adaptação das intervenções à situação e ao contexto de cada utente foi essencial para garantir a eficácia das estratégias utilizadas, proporcionando uma abordagem personalizada que favoreceu a recuperação e a prevenção de futuras incapacidades.

No desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas dirigidas às pessoas com sintomatologia depressiva, foquei-me na promoção da adesão ao regime terapêutico, utilizando abordagens individuais, familiares e de grupo para apoiar os processos de recuperação.

A ICC é uma das intervenções em saúde mental com maior base de evidência científica para o tratamento da perturbação depressiva, sendo que reduções significativas nos sintomas de depressão e ansiedade foram relatadas por pessoas com sintomatologia depressiva que a realizaram num curto período no âmbito dos cuidados de saúde primários (Bogucki et al., 2021).

Neste sentido, e no âmbito da minha intervenção, realizei técnicas como a reestruturação cognitiva, que visa identificar e modificar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. A reestruturação cognitiva visa modificar distorções cognitivas e gerar pensamentos mais adaptativos, sendo eficaz na redução dos sintomas depressivos e uma ferramenta terapêutica importante (Santos et al., 2024).

Numa scoping review elaborada por Santos et al., (2024) foi possível categorizá-la em seis etapas: a primeira etapa envolve a apresentação do utente e do profissional de saúde, explicando a intervenção e seus objetivos, sendo essencial para o sucesso da relação terapêutica; a segunda etapa compreende a exploração do problema, crucial para a identificação de emoções e pensamentos; a terceira etapa trata da identificação e registo dos pensamentos disfuncionais; a quarta etapa envolve a análise dos pensamentos disfuncionais, promovendo a consciencialização dos erros cognitivos; a quinta etapa visa modificar crenças e erros

cognitivos; enquanto a sexta etapa prepara o utente para a prevenção de recaídas e gestão dos pensamentos disfuncionais.

Outra técnica implementada com frequência no decorrer da minha intervenção, foi a técnica de resolução de problemas. Esta técnica visa analisar o problema, procurar compreendê-lo, explorar soluções alternativas e implementá-las; o que requer foco, dedicação de tempo e energia (Costa et al., 2023).

A técnica de resolução de problemas tem sido identificada pela literatura como uma técnica terapêutica eficaz no tratamento de diversos transtornos mentais, incluindo a depressão e a ansiedade, ao ajudar os utentes a desenvolverem habilidades para lidar com desafios diários, melhorar o seu funcionamento e reduzir a sensação de impotência frente às dificuldades (Metz et al., 2023). Neste contexto, os enfermeiros especialistas em ESMP têm um papel fundamental ao ajudar os utentes a identificar padrões de pensamento negativos, facilitando, por meio de uma intervenção colaborativa e estruturada, a reformulação desses pensamentos de forma mais realista e adaptativa.

Polya, (2004) propôs que o processo de resolução de um problema seja dividido em quatro etapas: entender o problema, desenvolver uma estratégia para resolvê-lo, implementar a estratégia e, por fim, avaliar a solução obtida. Embora existam diversos modelos para a resolução de problemas, o modelo de Polya continua relevante até hoje devido à sua simplicidade e facilidade de aplicação.

A técnica de modificação de comportamento foi implementada em alguns contextos de ensino clínico, com maior ênfase na comunidade. Na ótica da teoria da aprendizagem, os comportamentos podem ser adquiridos ou transformados através do condicionamento clássico (aprendizagem associativa), do condicionamento operante (reforços negativos e positivos), da aprendizagem por observação ou de processos cognitivos (Sequeira & Sampaio, 2020b).

Neste sentido, a técnica de modificação de comportamento consiste em alterar padrões de comportamento disfuncionais ou indesejáveis, promovendo comportamentos mais adaptativos e positivos. De forma geral, a técnica fundamenta-se nos princípios da análise do comportamento e emprega métodos como o reforço positivo, o treino de autocontrolo, o contrato terapêutico, o role-playing e a modelagem para promover alterações no comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020b).

Os sintomas da perturbação depressiva como a hipobulia, a anedonia, e a diminuição da energia vital têm sido associados à disfunção dos sistemas que regulam a resposta comportamental a estímulos positivos (ou seja, a função de recompensa) (Treadway & Zald,

2011). Nestes casos, verificamos que a resposta da pessoa com sintomatologia depressiva fica condicionada pela sua patologia, comprometendo a experiência das emoções positivas.

Um estudo neurológico efetuado neste domínio demonstrou que a técnica de modificação comportamental apresenta amplos benefícios no tratamento da depressão ao promover a ativação das regiões pré-frontal e subcorticais envolvidas no processamento de recompensas, melhorando assim a sensibilidade às mesmas (Jung & Han, 2024).

Uma outra intervenção que aperfeiçoei neste meu percurso formativo, foi a relação de ajuda profissional em enfermagem, a qual consiste numa interação entre o enfermeiro e o utente, fundamentada num processo de comunicação e apoio emocional, técnico e terapêutico, que visa promover os cuidados de saúde e o bem-estar (K. M. Wright, 2021).

Esta relação é marcada pela confiança, empatia e respeito, com foco nas necessidades e na dignidade do utente, pois a recuperação do equilíbrio de pessoas em sofrimento mental baseia-se, sobretudo, em vínculos interpessoais significativos (Coelho et al., 2020)

Neste âmbito, verifiquei que a intervenção terapêutica da relação de ajuda, oferece à pessoa ferramentas que a ajudam a adquirir gradualmente uma maior consciência de si própria, dos seus desafios e necessidades, assim como dos seus recursos internos, permitindo-lhe gerir de forma mais eficaz as suas limitações e receios, enquanto promove o seu autodesenvolvimento (Chalifour, 2008).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, verifiquei que a comunicação eficaz desempenha um papel crucial na eficácia de qualquer intervenção, especialmente nos cuidados paliativos, e na qualidade dos vínculos estabelecidos entre o profissional de saúde e o utente.

De acordo com Engel et al., (2023); a qualidade da comunicação é determinante para a qualidade do vínculo entre o utente e o profissional, facilitando o processo de tomada de decisão e promovendo uma relação empática, o que, por sua vez, impacta significativamente nos resultados obtidos.

No contexto da psiquiatria de ligação-cuidados paliativos, os Pallium Games revelaram-se uma ferramenta valiosa para aprimorar as habilidades comunicacionais, especialmente no que respeita à abordagem de assuntos sensíveis e complexos. A maioria dos utentes e familiares valoriza que os profissionais de saúde não se concentrem exclusivamente nas questões médicas, mas na pessoa como um todo, considerando o processo que estão a vivenciar (Engel et al., 2023).

Durante o ensino clínico na unidade de cuidados paliativos, observei que, além do sofrimento físico, o utente frequentemente enfrenta sofrimento emocional, incluindo sintomas de ansiedade, depressão e medo da morte (Lourenço et al., 2023). Nesse sentido, a escuta ativa

e o apoio emocional tornam-se fundamentais, pois possibilitam que os utentes expressem os seus sentimentos e angústias, criando um espaço terapêutico para lidar com questões complexas, regular emoções, aliviar o sofrimento psicológico e promover a aceitação durante o processo da doença (Magalhães et al., 2023). Ao fornecer informações claras e acessíveis, procurei facilitar a compreensão das opções terapêuticas e ajudar os utentes e familiares a desenvolver estratégias de enfrentamento face às mudanças emocionais e físicas associadas ao final de vida.

Nos cuidados paliativos, é necessário adotar estratégias para ultrapassar barreiras e poder discutir e documentar os valores e preferências dos utentes e seus familiares (Magalhães et al., 2023). Neste contexto, a aplicação dos Pallium Games destacou-se como uma abordagem inovadora de comunicação e intervenção psicossocial. Esta ferramenta, composta por cartas colaborativas, tem sido amplamente utilizada em situações complexas, como o fim de vida, para facilitar o diálogo sobre questões emocionais e espirituais (Lourenço et al., 2023). Embora o contexto clínico não tenha permitido a aplicação direta da ferramenta, devido à recusa dos utentes ou ao agravamento do seu estado, considero que o estudo e treino inerente para a hipótese da sua aplicabilidade e a reflexão efetuada com a equipa, contribuiu para aprimorar as minhas habilidades comunicacionais de forma mais estruturada.

De uma forma geral, a utilização das cartas dos Pallium Games visa criar um ambiente seguro e acolhedor, permitindo explorar questões emocionais profundas, reduzindo o sofrimento emocional e promovendo maior aceitação das circunstâncias.

As intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, a gestão do regime terapêutico, a coordenação dos cuidados e a promoção da resiliência não só melhoraram a qualidade dos cuidados prestados aos utentes em fase terminal, ou num contexto de agudização de uma doença crónica, como também fortaleceram as minhas competências enquanto enfermeiro especialista, capacitando-me para lidar com as complexidades emocionais e psicológicas associadas à doença crónica incurável e ao fim da vida.

### **3.3 Competências de Mestre**

A realização do presente mestrado possibilitou aprofundar conhecimentos e competências na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através da implementação rigorosa das metodologias selecionadas e da avaliação dos resultados obtidos, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, (2018) que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, nomeadamente, no que ao grau de mestre diz respeito.

A alínea a) do artigo 15º do referido decreto-lei, exige do enfermeiro com o título de mestre, a demonstração da capacidade para aprofundar os saberes adquiridos no primeiro ciclo de estudos (licenciatura) e aplicar esses conhecimentos de forma inovadora, frequentemente em contextos de investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, 2018).

Deste modo, ao longo deste mestrado, fui construindo essas competências de forma gradual e com base nas evidências científicas disponíveis, o que se refletiu no meu trabalho global, embora com ênfase para intervenção psicoeducativa na pessoa com sintomatologia depressiva, que se constituiu o foco central do meu plano de autoformação.

No desenvolvimento das competências em investigação, particularmente na prática baseada na evidência, fui incentivado a aplicar os conceitos aprendidos na unidade curricular de investigação. Nesta, unidade curricular aprofundei os conceitos essenciais para a pesquisa, seleção e análise crítica da melhor evidência científica, consciencializando-me do seu relevante impacto na prática clínica na área da saúde mental e psiquiátrica

A participação em workshops inerentes aos temas: “Gestão de Referências Bibliográficas – Mendeley”, “Pesquisa em Bases de Dados” e “Elaboração de resumos, posters e comunicações livres”; permitiu-me aprimorar a pesquisa e a síntese das informações relevantes, competências que são cruciais na construção de artigos científicos e na apresentação de resultados em diferentes contextos, nomeadamente clínicos, conferências, congressos e outros.

Neste âmbito, fui coautor, da comunicação oral de temática livre, intitulada “Perceção dos Enfermeiros sobre a Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa da Literatura”, apresentada no XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Saúde Mental: uma prioridade para todos”, que se realizou de 18 a 20 de Outubro de 2023 em Évora, Portugal (cf. Anexo E).

A experiência adquirida, quer nos workshops descritos, quer na elaboração da referida revisão narrativa da literatura sobre a coerção em psiquiatria, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da minha competência na pesquisa e na comunicação científica, ajudando-me a melhorar a redação e a clareza na apresentação de ideias, que se revelaram uma mais-valia inclusive na elaboração do presente relatório.

No meu entender, as oportunidades de aprendizagem descritas neste relatório ao longo dos três ensinamentos clínicos, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e

responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

No decorrer deste mestrado foi possível constatar, que aplicação dos referidos conhecimentos e capacidades requerem uma constante análise crítica e reflexiva no sentido de otimizar as intervenções implementadas e garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados. Note-se, que os profissionais de saúde mental enfrentam muitos dilemas éticos e situações desafiantes, pelo que a criação de um espaço moral no local de trabalho que promova deliberações morais críticas, reflexivas e colaborativas é um indicador de qualidade dos cuidados prestados em saúde mental (Hem et al., 2018).

Assim, e no decorrer da prática clínica, constatei que as reuniões com os enfermeiros tutores, equipa de enfermagem e mesmo as reuniões multidisciplinares, auferiam este espaço moral para uma análise reflexiva de alguns casos clínicos, o que otimizou os processos de tomada de decisão e facilitou a resolução das necessidades em saúde identificadas.

Neste sentido, considero ter evidenciado um desenvolvimento profissional pautado por reflexões éticas constantes, sendo que as reuniões em que participei em qualquer um dos ensinamentos clínicos evidenciaram o cuidado e a preocupação das equipas de enfermagem com esta questão. Estes pressupostos são igualmente defendidos no Guia de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Mental de Ligação, que propõe, além da intervenção clínica, uma intervenção de consultadoria permitindo dessa forma ao enfermeiro, refletir sobre as necessidades identificadas na prática e contribuir de uma forma mais consciente e estruturada para a tomada de decisões num sistema de saúde em permanente mudança. O objetivo final da Enfermagem de Saúde Mental de Ligação pressupõe o aprimoramento da qualidade dos cuidados de Enfermagem por meio de uma equipa mais capacitada no processo de rastreio, identificação de necessidades e fornecimento de cuidados, facilitando o acesso aos serviços especializados (OE, 2023a).

Em termos da competência “ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”, acredito que a articulação e coordenação com os elementos da equipa de enfermagem, com os profissionais da equipa multidisciplinar e inclusive com os próprios utentes e familiares, demonstrou o domínio desta capacidade. Na minha autoperceção, a comunicação das minhas conclusões, conhecimentos e os raciocínios a elas inerentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, tornou-se gradualmente mais segura, objetiva e inequívoca.

A supervisão clínica durante todas as etapas deste mestrado foi garantida pelos enfermeiros tutores, que proporcionaram oportunidades de aprendizagem significativas, orientando e apoiando o processo de otimização da minha aprendizagem e desenvolvimento profissional. Contudo, esse desenvolvimento preconiza também uma maior autonomia, a qual foi também incentivada e promovida, e no meu entender, alcançada.

Para tal, investi na minha auto-formação, mediante a leitura de artigos científicos, assim como a frequência de cursos e formações, a grande maioria com recurso ao uso das tecnologias, nomeadamente cursos no formato de webinar, que se revelaram uma vantagem significativa em termos de acessibilidade, mas também de flexibilidade em termos de horários.

Este investimento na auto-formação contribuiu para a aquisição e consolidação de conhecimentos nesta área específica do conhecimento, bem como numa maior segurança aquando da implementação das intervenções de enfermagem especializadas.

Este processo foi essencial para lidar, de forma mais auto-orientada e autónoma, com desafios complexos, como a intervenção em situações de crise, a intervenção no processo de luto, a intervenção em determinados contextos socioeconómicos e sociofamiliares e até a própria gestão do regime terapêutico em utentes com múltiplas comorbilidades.

De um modo geral, considero que o percurso académico desenvolvido, favoreceu o desenvolvimento de novas competências profissionais, baseadas na investigação, inovação e no aperfeiçoamento contínuo, que são fundamentais para alcançar a excelência nesta área de especialização.

## **CONCLUSÃO**

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, com o intuito de descrever o processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências inerentes à atribuição do Título de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assim como, ao Grau de Mestre em Enfermagem.

Neste sentido, considero que através das experiências proporcionadas pelos ensinamentos clínicos, foi-me possível desenvolver as competências essenciais (no domínio psicoterapêutico, psicoeducacional, psicossocial e socioterapêutico) para identificar necessidades complexas em saúde mental, propondo intervenções fundamentadas em evidências científicas, sendo reconhecido em determinados contextos, por uma intervenção em saúde mental diferenciada e promotora de ganhos em saúde.

As competências desenvolvidas nos diferentes contextos (comunitário, de internamento e em respostas diferenciadas), reforçaram a minha capacidade enquanto futuro enfermeiro especialista em ESMP, para criar ambientes terapêuticos promotores da confiança, da empatia e do autoconhecimento, o que se alinha com as competências previstas pelo Regulamento nº 515/2018, da OE.

Neste contexto, verificou-se que a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau assume efetivamente um papel crucial ao enfatizar a construção de uma relação terapêutica empática e de confiança, que se revela facilitadora do autoconhecimento do utente e promotora da sua participação ativa no tratamento, resultando em melhores resultados clínicos (Peplau, 1997).

Na minha avaliação, considero ter demonstrado motivação e empenho na procura de oportunidades de aprendizagem promotoras do desenvolvimento das competências requeridas, responsabilidade e ética profissional, pensamento crítico, autonomia e capacidade de tomada de decisão, mas acima de tudo capacidade de responder de forma eficaz e adaptativa às necessidades em saúde mental identificadas.

Constato, que a vivência destas aprendizagens, não só consolidaram o meu percurso formativo, como também permitiram-me adotar uma abordagem centrada no utente, promovendo cuidados mais humanizados, personalizados e eficientes.

No decorrer do presente mestrado, e além dos objetivos preconizados no respetivo plano curricular, foi solicitada a elaboração de um plano de autoformação, o qual serve como uma ferramenta estratégica para orientar o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo

identificar necessidades formativas, estabelecer objetivos claros e definir ações para adquirir competências específicas. Como tal, optei por desenvolver o meu plano de autoformação no âmbito da intervenção psicoeducacional na adesão terapêutica da pessoa com sintomatologia depressiva.

A escolha da temática adveio da crescente prevalência das perturbações depressivas, reconhecidas como uma das mais prevalentes em psiquiatria e que reclama uma intervenção precoce no sentido de diminuir a intensidade dos sintomas e evitar a sua cronicidade (Oliveira & Andrade, 2019; R. Zhang et al., 2023).

Além disso, os resultados obtidos, quer na revisão narrativa, quer no decorrer da prática clínica, evidenciaram que a não adesão terapêutica continua a ser um desafio significativo, que compromete a qualidade de vida e a perceção de bem-estar das pessoas portadoras de doença mental (IHME | GHDx, 2021)

Deste modo, o referido plano de autoformação, promoveu a minha autonomia, a organização e o foco na aprendizagem contínua, adaptando-se às minhas metas pessoais e às exigências do contexto académico, permitindo-me responder, à necessidade de ampliar conhecimentos e competências sobre as intervenções mais eficazes na gestão da sintomatologia depressiva, como também no domínio das intervenções psicoeducacionais no contexto da adesão terapêutica evidenciando a sua relevância para a prática especializada em ESMP.

Este foco refletiu a importância de compreender os fatores que influenciam a adesão terapêutica, bem como a necessidade de implementar estratégias que facilitem a gestão da sintomatologia e a construção de uma relação terapêutica mais efetiva e empática.

Na análise global, considero, ter atingido de forma plena as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, conforme delineado nos objetivos iniciais.

Sem descurar as restantes competências desenvolvidas, que me completam e agregam valor enquanto profissional, acredito que neste âmbito mais particular, a aquisição de competências e conhecimentos especializados no domínio da intervenção psicoeducativa na pessoa com sintomatologia depressiva permitiu-me identificar precocemente sinais e sintomas de sofrimento emocional ou desajuste e implementar intervenções direcionadas no sentido da promoção da adesão ao regime terapêutico, e na recuperação da saúde mental e bem-estar psicológico.

Paralelamente, as competências de mestre foram evidenciadas pela aplicação do conhecimento teórico à prática clínica, reconhecendo os contributos da investigação através de

uma prática baseada na evidencia; pela resolução de problemas complexos em contextos multidisciplinares e pela comunicação eficaz com utentes, famílias e equipas de saúde.

No âmbito deste mestrado destaco como principais dificuldades a gestão do equilíbrio entre as exigências do percurso académico, o exercício profissional e os compromissos da vida familiar. A conciliação destas esferas revelou-se particularmente desafiadora devido à sobrecarga de responsabilidades, à necessidade de cumprir prazos rigorosos e à elevada demanda emocional e cognitiva inerente ao contexto clínico e académico. Este cenário exigiu uma gestão de tempo rigorosa, resiliência e estratégias de *coping* eficazes, mas, ainda assim, impactou significativamente a qualidade de vida.

Como perspetivas futuras, pretendo aprofundar as competências especializadas em enfermagem na área da saúde mental, fomentar intervenções baseadas em evidências, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Além disso, e atendendo às minhas funções como enfermeiro gestor, gostaria de fomentar nas equipas um maior envolvimento em projetos de investigação, assim como o desenvolvimento de estratégias inovadoras de promoção da saúde mental, visando um impacto positivo no sistema de saúde e na sensibilização dos profissionais para esta área de intervenção.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, G. C., Peres, F. S., Silva, C. M., Friedrich, J. D. C. P., Zucco, J. V. G., Macuch, R. D. S., & Milani, R. G. (2024). Psicoeducação em contextos de saúde mental: uma revisão sistemática. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 28(1), 577–592. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10906>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- APA Work Group on Psychiatric Evaluation. (2020). The american psychiatric association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults: guideline V. *Assessment of Cultural Factors. Focus*, 18(1), 71–74. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18105>
- Baptista, M. N., & Zanon, C. (2017). Why not Seek Therapy? The Role of Stigma and Psychological Symptoms in College Students. *Paidéia*, 27, 76–83. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709>
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5th ed) (pp. xvi - 768). The Guilford Press.
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 97–101). Lidel.
- Baryakova, T. H., Pogostin, B. H., Langer, R., & McHugh, K. J. (2023). Overcoming barriers to patient adherence: The case for developing innovative drug delivery systems. *Nature Reviews. Drug Discovery*, 22(5), 387–409. <https://doi.org/10.1038/s41573-023-00670-0>
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl 1). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Beames, J. R., Kikas, K., & Werner-Seidler, A. (2021). Prevention and early intervention of depression in young people: An integrated narrative review of affective awareness and

Ecological Momentary Assessment. *BMC Psychology*, 9(1), Artigo 1.  
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00614-6>

Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.

Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. xix, 391). Guilford Press.

Bogucki, O. E., Craner, J. R., Berg, S. L., Miller, S. J., Wolsey, M. K., Smyth, K. T., Sedivy, S. J., Mack, J. D., Johnson, M. W., Burke, L. M., Williams, M. W., Katzelnick, D. J., & Sawchuk, C. N. (2021). Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice. *Journal of Affective Disorders*, 294, 745–752. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.061>

Bolton, D., & Gillett, P. G. (2019). *The biopsychosocial model 40 years on. em the biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552030/>

Borba, L. de O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. de F., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. (2018). Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03341. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>

Brach, C., Hall, K. K., & Fitall, E. (2019). *Cultural competence and patient safety*. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/cultural-competence-and-patient-safety>

Braga, F. de C., & Queiroz, E. (2013). Cuidados paliativos: O desafio das equipes de saúde. *Psicologia USP*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>

Breedvelt, J. J. F., Karyotaki, E., Warren, F. C., Brouwer, M. E., Jermann, F., Hollandare, F., Klein, N., De Jonge, M., Klein, D. N., Farb, N., Segal, Z., Biesheuvel Leliefeld, K. E. M., Jarrett, R., Vittengl, J., Thase, M., Ma, H., Kuyken, W., Shallcross, A. J., Van Heeringen, C., ... Bockting, C. L. (2024). An individual participant data meta-analysis of psychological interventions for preventing depression relapse. *Nature Mental Health*, 2(2), 154–163. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00178-x>

- Brotto, A. M., & Guimarães, A. B. P. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 43–68.
- Brown, M., Moore, C. A., MacGregor, J., & Lucey, J. R. (2021). Primary care and mental health: overview of integrated care models. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.005>
- Bruggmann, M. S., Corrêa, S. M., & Korb, D. (2022). A psicoeducação no processo de trabalho do enfermeiro de saúde mental. *Archives of Health*, 3(3), 540–553. <https://doi.org/10.46919/archv3n3-001>
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Cardoso, F. (2024, maio). *Projeto Mais Contigo que promove a saúde mental em risco por falta de financiamento*. Diário de Notícias. <https://www.dnoticias.pt/2024/5/3/403957-projeto-mais-contigo-que-promove-a-saude-mental-em-risco-por-falta-de-financiamento/>
- Carvalho, R. C. N., Nantes, R. F. P., & Costa, M. L. (2020). Estratégia familiar de cuidado em saúde mental / Family mental health care strategy. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 50256–50271. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-615>
- Carvalho. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing.*, (14). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0099>
- Cecilio, H., Santos, K., & Marcon, S. (2014). Calgary model of family assessment: Experience in a community service project. *Cogitare Enfermagem*, 19, 536–544.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol. 1). Lusodidacta.
- Chen, X., Zhang, X., Zhu, X., & Wang, G. (2021). Efficacy of an internet-based intervention for subclinical depression (MoodBox) in China: Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 585920. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585920>

- Coelho, J., Moreno Poyato, A., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: A focus group study. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01663-5>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental*, (23), 63–72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>
- Costa, R. T. da, Carvalho, M. R. de, & Nardi, A. E. (2023). Revisão sistemática sobre resolução de problema e mediação de conflito pela terapia cognitivo- comportamental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 72, 63–71. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000404>
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice. In N. Cummings & W. T. O Donohue (Eds). *Evidence-based adjunctive treatments* (pp. 41–59). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012088520-6.50004-4>
- Decreto Legislativo Regional nº 35/2012/M. **Diário da República** Série I. 223 (19-11-2012) 6663-6664. Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/35-191083>>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (2018-08-16) 4147–4182. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/pesquisa>>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Publications.
- Duarte, R. H. M., & Martins, W. (2024). A importância da família nos cuidados a pessoa com transtornos mentais. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(15). <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1416>
- Dyrberg, H., Juel, A., & Kragh, M. (2021). Experience of treatment and adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia for patients with depression: an interview study. *Behavioral Sleep Medicine*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15402002.2020.1788033>

- Engel, M., Kars, M., Teunissen, S., & Van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5). <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Acesso a serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários*. [https://www.ers.pt/media/slzpzdwk/estudo\\_saude\\_mental\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/slzpzdwk/estudo_saude_mental_02-2023.pdf)
- European Anti Poverty Network. (2021). *Boletim 7: A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico e social*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7- A-sa%C3%BAde-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico- 1.pdf>
- Fernandes, D. (2018). *A importância da adesão ao regime terapêutico em pessoas com perturbação mental*. Universidade Católica Portuguesa.
- Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34–39. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80015-8](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80015-8)
- Fowler, J. (2020). Reflection and mental health nursing. Part 6: The importance of reflective evidence. *British Journal of Mental Health Nursing*, 9(4). <https://doi.org/10.12968/bjmh.2020.0038>
- Fragoeiro, I. (2018). Nursing home consultation: A tool for intervention in the field of mental health and psychiatric care for the older people. *Nursing & Care Open Access Journal*, 5(4). <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2018.05.00146>
- Giacomini, K., Alexandre, L. A., Rotoli, A., & Pinheiro, J. M. (2022). Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), e13311628816. <https://doi.org/10.33448/rsd- v11i6.28816>
- Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods (United Kingdom)*. Further Education Unit. [https://books.google.com/books/about/Learning\\_by\\_Doing.html?hl=pt-PT&id=z2CxAAAACAAJ](https://books.google.com/books/about/Learning_by_Doing.html?hl=pt-PT&id=z2CxAAAACAAJ)

- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. (2022). Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>
- Gonçalves, L., Alfaiate, M. T., Faria, R., Carvalho, D. R., & Lopes, M. D. S. (2022). Enfermagem de ligação na área de saúde mental e Psiquiátrica. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(Special Issue), 59–60. <https://doi.org/10.25279/sak.1136857>
- Gonçalves, P. (2020). Autogestão do regime terapêutico. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 155–158). Lidel.
- González de León, B., del Pino-Sedeño, T., Serrano-Pérez, P., Rodríguez Álvarez, C., Bejarano-Quisoboni, D., & Trujillo-Martín, M. M. (2022). Effectiveness of interventions to improve medication adherence in adults with depressive disorders: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04120-w>
- Grenard, J. L., Munjas, B. A., Adams, J. L., Suttorp, M., Maglione, M., McGlynn, E. A., & Gellad, W. F. (2011). Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), 1175–1182. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1704-y>
- Hamann, J., & Heres, S. (2019). Why and How Family Caregivers Should Participate in Shared Decision Making in Mental Health. *Psychiatric services*, 70(5), 418–421. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800362>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health care professionals. *BMC Medical Ethics*, 19, 54. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0297-y>
- Hemingway, S., & Brimblecombe, N. (2018). Community Psychiatric/Mental Health Nursing: Contexts and Challenges: The Case of Nurse Prescribing and Recovery- Focused

- Interventions. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century* (pp. 183–193). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_14)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hollon, S. D. (2020). Is cognitive therapy enduring or antidepressant medications iatrogenic? Depression as an evolved adaptation. *American Psychologist*, 75(9), 1207–1218. <https://doi.org/10.1037/amp0000728>
- Howard, V., & Alfred, L. (Eds.). (2024). *Formulation in mental health nursing*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-59956-9>
- Institute of Health Metrics and Evaluation Global Health Data Exchange. (2021). *Global burden of disease*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser. ICN - International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Iuso, S., Severo, M., Trotta, N., Ventriglio, A., Fiore, P., Bellomo, A., & Petito, A. (2023). Improvements in Treatment Adherence after Family Psychoeducation in Patients Affected by Psychosis: Preliminary Findings. *Journal of Personalized Medicine*, 13(10), 1437. <https://doi.org/10.3390/jpm13101437>
- Jackson, J. L., & Machen, J. L. (2019). From the Editors' Desk: The Importance of Screening for Depression in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05383-y>
- James, R., & Gilliland, B. (2005). *Crisis intervention strategies*. [https://books.google.com/books/about/Crisis\\_Intervention\\_Strategies.html?hl=pt-PT&id=oQys2eIsAm0C](https://books.google.com/books/about/Crisis_Intervention_Strategies.html?hl=pt-PT&id=oQys2eIsAm0C)
- John, A., Singh, N., Nagarajaiah, & Andrade, C. (2016). Impact of an educational module in antidepressant-naïve patients prescribed antidepressants for depression: Pilot, proof-

- of-concept, randomized controlled trial. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 425. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196710>
- Jung, M., & Han, K.-M. (2024). Behavioral Activation and Brain Network Changes in Depression. *Journal of Clinical Neurology*, 20(4), 362. <https://doi.org/10.3988/jcn.2024.0148>
- Kates, N., Arroll, B., Currie, E., Hanlon, C., Gask, L., Klasen, H., Meadows, G., Rukundo, G., Sunderji, N., Ruud, T., & Williams, M. (2019). Improving collaboration between primary care and mental health services. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(10), 748–765. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1471218>
- Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
- Kini, V., & Ho, P. M. (2018). Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. *JAMA*, 320(23), 2461–2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271>
- Krivoy, Balicer, Feldman, Hoshen, Zalsman, Weizman, & Shoval. (2016). Adherence to antidepressants is associated with lower mortality: A 4-year population-based cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09531>
- Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>
- Kverno, K., & Fenton, A. (2021). Specialization Within a Specialty: Advanced Practice Psychiatric Nursing Pathways for the Greatest Good. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(10). <https://doi.org/10.3928/02793695-20210513-02>
- Landeen, J., Pawlick, J., Woodside, H., Kirkpatrick, H., & Byrne, C. (2000). Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 364–369. <https://doi.org/10.1037/h0095142>

- Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Lei n.º 35/2023. **Diário da República** Série I. 141 (21-07-2023) 2 – 23. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Khodayari-Zarnaq, R., & Mobasser, K. (2021). Nursing process from theory to practice: Evidence from the implementation of «Coming back to existence caring model» in burn wards. *Nursing Open*, 8(5), 2794. <https://doi.org/10.1002/nop2.856>
- Lourenço, M., Fernandes, C., Magalhães, B., & Vale, B. (2023). Pallium Game: Estratégia de comunicação inovadora em cuidados paliativos. *RevSALUS*, 5(Sup.). <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/552>
- Lucas, B. (2023). Using reflection in nursing practice to enhance patient care. *Nursing Standard*, 38(6). <https://doi.org/10.7748/ns.2023.e11598>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Magalhães, B., Fernandes, C., Lourenço, M., & Vale, M. B. (2023). CN34 Pallium game: The use of a card game in palliative care. *Annals of Oncology*, 34, S1235. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.09.1629>
- McCormack, B., & McCance, T. (2021). The person-centred nursing framework. In J. Dewing, B. McCormack, & T. McCance. (Eds). *Person-centred nursing research: methodology, methods and outcomes* (pp. 13– 27). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-27868-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-27868-7_2)

- McFarlane, Wr., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2). <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>
- Melemis S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325–332. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4553654/>
- Mendes, P. B., Pereira, A. de A., & Barros, I. da C. (2021). Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: Proposta curricular. *Revista Bioética*, 29, 534–542. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489>
- Menear, M., Girard, A., Dugas, M., Gervais, M., Gilbert, M., & Gagnon, M. (2022). Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *PloS One*, 17(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268649>
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S473. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_36\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18)
- Metz, A., Jensen, T., Farley, A., Boaz, A., Bartley, L., & Villodas, M. (2022). Building trusting relationships to support implementation: A proposed theoretical model. *Frontiers in Health Services*, 2, 894599. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.894599>
- Metz, K., Lewis, J., Mitchell, J., Chakraborty, S., McLeod, B. D., Bjørndal, L., Mildon, R., & Shlonsky, A. (2023). Problem-solving interventions and depression among adolescents and young adults: A systematic review of the effectiveness of problem-solving interventions in preventing or treating depression. *PLOS ONE*, 18(8), e0285949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285949>
- Mileski, M., McClay, R., Heinemann, K., & Dray, G. (2022). Efficacy of the Use of the Calgary Family Intervention Model in Bedside Nursing Education: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/JMDH.S370053>
- Moncrieff, J., Crellin, N., Stansfeld, J., Cooper, R., Marston, L., Freemantle, N., Lewis, G., Hunter, R., Johnson, S., Barnes, T., Morant, N., Pinfold, V., Smith, R., Kent, L.,

- Darton, K., Long, M., Horowitz, M., Horne, R., Vickerstaff, V., ... Priebe, S. (2023). Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): An open, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 848–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00258-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00258-4)
- Moriarty, A. S., Coventry, P. A., Hudson, J. L., Cook, N., Fenton, O. J., Bower, P., Lovell, K., Archer, J., Clarke, R., Richards, D. A., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., Huijbregts, K. M., Van Der Feltz–Cornelis, C., Ali, S., Gilbody, S., & McMillan, D. (2020). The role of relapse prevention for depression in collaborative care: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 265, 618–644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.105>
- Morrissey, J., & Callaghan, P. (2011). *Communication Skills for Mental Health Nurses*. [https://www.researchgate.net/publication/299992593\\_Communication\\_Skills\\_for\\_Mental\\_Health\\_Nurses](https://www.researchgate.net/publication/299992593_Communication_Skills_for_Mental_Health_Nurses)
- Mosler, F., Packer, K., Jerome, L., & Bird, V. (2023). Structured communication methods for mental health consultations in primary care: A scoping review. *BMC Primary Care*, 24(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02129-y>
- Mota, A. (2000). Psiquiatria de ligação. *Medicina Interna*, 7(4), Artigo 4.
- Mudakavi, I., & Rentala, S. (2021). Relapse prevention in mental illnesses: concepts, issues and strategies with perspectives of psychiatric nursing- review article. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(4), 134–146. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v15i4.16674>
- Netto, L., Silva, K., Dos, M., & Rua, S. (2018). *Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of health and nursing*. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/350768448\\_Reflective\\_practice\\_and\\_vocational\\_training\\_theoretical\\_approaches\\_in\\_the\\_field\\_of\\_Health\\_and\\_Nursing\\_Pratica\\_reflexiva\\_e\\_formacao\\_profissional\\_aproximacoes\\_teoricas\\_no\\_campo\\_da\\_Saude\\_e\\_da\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/350768448_Reflective_practice_and_vocational_training_theoretical_approaches_in_the_field_of_Health_and_Nursing_Pratica_reflexiva_e_formacao_profissional_aproximacoes_teoricas_no_campo_da_Saude_e_da_Enfermagem)

- Nezu, A., Nezu, C., & D’Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy*. [https://books.google.com/books/about/Problem\\_Solving\\_Therapy.html?hl=pt-PT&id=pLEeGwflK-cC](https://books.google.com/books/about/Problem_Solving_Therapy.html?hl=pt-PT&id=pLEeGwflK-cC)
- Nianmongkon, K., Samphao, T., Nuchchom, P., Tharavichitkun, J., & Jenraumjit, R. (2024). Impact of a depression-specific pharmaceutical care counseling and smartphone app in medication adherence among patients with major depressive disorders: a pilot study. *Pharmacy Practice*, 22(3). <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2024.1.2969>
- Niarchou, Robert, & Naughton, N. (2024). What is the impact of antidepressant side effects on medication adherence among adult patients diagnosed with depressive disorder: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 38(2). <https://doi.org/10.1177/02698811231224171>
- Norelli, S. K., Long, A., & Krepps, J. M. (2023). *Relaxation techniques*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513238/>
- Oliveira, A., & Andrade, J. (2019). Perturbações do Humor. In H. Firmino, L. M. Santiago, J. Andrade, & V. Nogueira (Eds). *Psiquiatria básica em medicina familiar* (2ª ed.). Lidel. <https://doi.org/10.9789897523670>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. 15. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_356\\_2015\\_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer nº 01/2017: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP\\_Parecer1\\_2017\\_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia de boas práticas enfermagem de saúde mental de ligação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guia%20para%20elaborac%C2%B8C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental.*

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guia%20para%20elaborac%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023c). *Parecer nº 04/2023: Distinção entre as Intervenções de Enfermagem “Educação em Saúde” e “Psicoeducação”.*

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30413/parecer-mceesmp-n%C2%BA-04-2023-distinc-a-o-entre-as-int-de-enfermagem-executar-e-executar\\_anonimizado-2.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30413/parecer-mceesmp-n%C2%BA-04-2023-distinc-a-o-entre-as-int-de-enfermagem-executar-e-executar_anonimizado-2.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023d). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nº 47/2023.*

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp\\_47-2023\\_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Depression.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organização Mundial de Saúde. (2022). *Depression and other common mental disorders: global health estimates.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organização Mundial de Saúde. (2023a). *Cuidados de saúde primários.*

<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Organização Mundial de Saúde. (2023b). *Cuidados paliativos.* <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Palacio, A., Garay, D., Langer, B., Taylor, J., Wood, B. A., & Tamariz, L. (2016). *Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-*

- analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 31(8), 929.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3>
- Pappas, S. (2023). Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. *Here's how to do it successfully*. 54(2).  
<https://www.apa.org/monitor/2023/03/continuing-education-group-therapy>
- Papus, M., Dima, A. L., Viprey, M., Schott, A.-M., Schneider, M. P., & Novais, T. (2022). Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3186–3203. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.06.013>
- Pejuskovic, B., Lero, M., Pavlovic, V., Nikolasevic, G., & Pesic, V. (2023). Medication adherence in the treatment of depression. *European Psychiatry*, 66(S1), S160– S160.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.392>
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Perusinghe, M., Chen, K. Y., & McDermott, B. (2021). Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), 767–781. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0659>
- Polya, G. (2004). *How to solve it: a new aspect of mathematical method*. Princeton University Press. [https://books.google.com/books/about/How\\_to\\_Solve\\_It.html?hl=pt-PT&id=z\\_hsbu9kyQQC](https://books.google.com/books/about/How_to_Solve_It.html?hl=pt-PT&id=z_hsbu9kyQQC)
- Raj, C. T. (2022). The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 39, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.03.005>
- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** Serie II. 26 (06-02-2019) 4744 - 4750. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>

- Regulamento nº 190/2015. **Diário da República** Serie II. 79 (23-04-2015) 10087 – 10090.  
Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>>
- Regulamento nº 356/2015. **Diário da República** Serie II. 122 (25-06-2015) 17034 - 17041.  
Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>>
- Regulamento nº 515/2018. **Diário da República** Serie II. 151 (07-08-2018) 21427 - 21430.  
Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Reich, J., & Schatzberg, A. (2023). Childhood maladaptive coping mechanisms and the subsequent development of depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 528–535. <https://doi.org/10.1002/cpp.2831>
- Rocha, L. F. D. da, Oliveira, E. R., & Kappler, S. R. (2017). A contratransferência na Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 104–112. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170015>
- Rodrigues, B. D., Martins, L. F., Barbosa, L. de C., Xavier, M. G. S., Duque, N. C., Moreira, L. C. de M., & Pereira, B. dos S. (2022). A importância da rede de apoio ao familiar de pessoas com deficiência, doenças crônicas e raras. *ANALECTA - Centro Universitário Academia*, 7(2), <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/ANL/article/view/3122>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *The American Psychologist*, 73(4), 433. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2020). Luto. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp- 131-132). Lidel.
- Santos, B., Pinho, L., Nogueira, M. J., Pires, R., Sequeira, C., & Montesó-Curto, P. (2024). Cognitive Restructuring during Depressive Symptoms: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(13). <https://doi.org/10.3390/healthcare12131292>

- Sarkhel, S., Singh, O., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(8), 319. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)
- Schönenberg, A., Heimrich, K. G., & Prell, T. (2024). Impact of depressive symptoms on medication adherence in older adults with chronic neurological diseases. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05585-7>
- Semahegn, Torpey, Manu, Assefa, A., Tesfaye, & Ankomah. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Sequeira, C. (2020). Entrevista Clínica. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 90–94). Lidel.
- Sequeira, C. A. D. C., Sampaio, F. M. C., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020a). Intervenção em Crise. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 220–224). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020b). Modificação do Comportamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 193–195). Lidel.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2012). *Cuidados paliativos*. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/comunicacao/noticias/cuidados-paliativos>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2024). *Cuidamos da vida até ao último instante: Equipa de apoio psicossocial do SESARAM*. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/comunicacao/noticias/equipa-de-apoio-psicossocial>
- Simões, R. M. P. (2021). *Comportamentos suicidários em adolescentes: Contributos para a intervenção em enfermagem na transição para a comunidade*. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/133558>

- Simões, R., Santos, J., & Martinho, M. (2019). Eficácia das intervenções psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 139-148. <https://doi.org/10.12707/RIV18027>
- Singh, A., Srivastava, S., & Singh, B. (2024). Effect of psychoeducation in late life depression: A randomized controlled trial. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(6), 2248. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1354\\_23](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1354_23)
- Sletvold, Jordan, & Olsen. (2022). Nurse-led interventions to promote medication adherence in community care: a systematic review. *Medication Safety in Municipal Health and Care Services*, 163–191. <https://doi.org/10.23865/noasp.172.ch8>
- Souza, M. O. L. S. D., Troadio, I. F. D. M., Sales, A. S., Costa, R. E. A. R. D., Carvalho, D. D. N. R. D., Holanda, G. S. L. S., Aguiar, V. F. F. D., Correa, R. M. D. S., & Feitosa, E. D. S. (2022). Reflexões de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(1), 162–171. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516pt>
- Stasiulis, E., Gibson, B. E., Webster, F., & Boydell, K. M. (2020). Resisting governance and the production of trust in early psychosis intervention. *Social Science & Medicine*, 253, 112948. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112948>
- Stebnicki, M. A., Stebnicki, M. A., Marini, I., Stebnicki, M. A., & Marini, I. (2016). Cultural empathy and disaster mental health counseling. In M. Stebnicki (Ed). *Disaster mental health counseling* (pp. 67–88). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826132895.0006>
- Stubbe, D. E. (2016). Defeating depression: the healing power of the therapeutic relationship. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 14(2), 219. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160004>
- Su, X., Wu, S., He, H., Lin, C., Lin, S., & Weng, P. (2024). The effect of multimodal care based on Peplau's interpersonal relationship theory on postoperative recovery in lung cancer surgery: A retrospective analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-024-02874-5>

- Sue, S., Zane, N., Hall, G. C. N., & Berger, L. K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Tanaka-Matsumi, J. (2022). Counseling Across Cultures: A Half-Century Assessment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(7-8). <https://doi.org/10.1177/00220221221111810>
- Thompson, J., Scott, J., & Martin, F. (2017). *Strategic management: awareness and change* (8th ed.). [https://books.google.com/books/about/Strategic\\_Management.html?hl=pt-PT&id=s7RbMQAACAAJ](https://books.google.com/books/about/Strategic_Management.html?hl=pt-PT&id=s7RbMQAACAAJ)
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 459. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>
- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143. <https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
- Treadway, M., & Zald, D. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3). <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>
- Tursi, M. F. D. S., Baes, C. V. W., Camacho, F. R. D. B., Tofoli, S. M. D. C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/0004867413491154>
- Verloo, Chiolero, Kiszio, Kampel, & Santschi. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age and Ageing*, 46(5). <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076>
- Wood, M. M., Brendtro, L. K., Fecser, F. A., & Nichols, P. (1999). *Psychoeducation: An idea whose time has come. from the third ccbd mini-library series, what works for children and youth with e/bd: linking yesterday and today with tomorrow.* <https://eric.ed.gov/?id=ED435157>

- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves. In J. H. Wright (Ed). *Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves* (pp. 279–279). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1082683>
- Wright, K. M. (2021). Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice. *Mental Health Practice*, 28(2). <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1561>
- Xe, S., Sh, W., Hf, H., Cl, L., S, L., & Pq, W. (2024). The effect of multimodal care based on Peplau's interpersonal relationship theory on postoperative recovery in lung cancer surgery: A retrospective analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12890-024-02874-5>
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 214. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506>
- Zanonato, E. R., Costa, A. B., & Aosani, T. R. (2021). Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 10942–10960. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-748>
- Zhang, K., Shang, B., Kellehear, A., Yu, Y., Lo, S. S., Dev, R., Suwanabol, P. A., Masel, E. K., Berger, A., Miyashita, M., & Ii, C. B. S. (2023). Scope of Annals of Palliative Medicine based on a review of the disciplinary development and evolving definition of palliative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.21037/apm-23-530>
- Zhang, Q., Wang, J., & Neitzel, A. (2022). School-based Mental Health Interventions Targeting Depression or Anxiety: A Meta-analysis of Rigorous Randomized Controlled Trials for School-aged Children and Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(1), 195. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01684-4>
- Zhang, R., Peng, X., Song, X., Long, J., Wang, C., Zhang, C., Huang, R., & Lee, T. M. C. (2023). The prevalence and risk of developing major depression among individuals

with subthreshold depression in the general population. *Psychological Medicine*, 53(8), 3611–3620. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000241>

## **ANEXOS**



## ANEXO A - CLUNY AUTUMN SCHOOL 2023



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

### **CERTIFICADO**

*Certifica-se que Ezequiel Armando Oliveira Domingos, participou na Formação: "Cluny Autumn School 2023— Gestão de Referências Bibliográficas—Mendeley" realizada na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no dia 16 de outubro de 2023 num total de três horas.*

*Funchal, 06 de janeiro de 2025*

*A Presidente do Conselho de Direção*

Assinado por: CRISTINA BÁRBARA DA COSTA  
FREITAS PESTANA  
Num. de Identificação: 06198336  
Data: 2025.01.06 12:43:33+00'00'

Form 21



# ANEXO B - V CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL: BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL



Evento: **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**

Local: **Evento online**

Participante: **Ezequiel Domingos**

Data: **21/03/2024 - 23/03/2024**

## Programação:

21/03/2024 - 09:00 - Palestra: **As pessoas em sofrimento psíquico são bem-vindas em espaços públicos?**

Palestrante: Cris Lopes

21/03/2024 - 14:00 - Palestra: **Projeto de inovação social na saúde mental em Lisboa: Arte sem preconceito[...]**

Palestrante: Catarina Gomes (Portugal)

21/03/2024 - 16:50 - Palestra: **Abordagem de Nise da Silveira no Cuidado em Saúde Mental**

Palestrante: Walter Melo (UF5J)

22/03/2024 - 10:40 - Mesa-redonda: **A Implementação do Diálogo Aberto para psicose em Minas Gerais e e[...]**

Palestrantes: Thiago Magela e João G. Pereira (Portugal)

22/03/2024 - 15:30 - Mesa-redonda: **CAPS I e o desafio do cuidado em saúde mental em municípios de pequ[...]**

Palestrantes: Carla Salarolli e Sônia Romeiro

23/03/2024 - 08:50 - Palestra: **A Expertise dos/as usuários/as em saúde mental**

Palestrante: Martijn Kole (Holanda)

23/03/2024 - 14:00 - Mesa-redonda: **A experiência de Ouvir Vozes**

Palestrantes: Luciane Kantorski (UFPEL), Luana Ribeiro Borges (UNIPAMPA) Roberta Machado (IFRS)

21/03/2024 - 10:40 - Palestra: **Saúde mental, cultura e subjetividade: Processos históricos, desafios e[...]**

Palestrante: Daniel Goulart (UNB)

21/03/2024 - 15:30 - Palestra: **Como a Violência Urbana tem impacto na saúde mental dos seus moradores**

Palestrante: Omar Bravo (Colômbia)

22/03/2024 - 09:10 - Palestra: **Como implementar a Recovery em Saúde Mental**

Palestrante: Paul Baker (Inglaterra)

22/03/2024 - 14:00 - Palestra: **Um Novo Olhar na Avaliação**

Palestrante: Marcelo Kimati (UFPR)

22/03/2024 - 17:00 - Palestra: **Precisamos falar sobre a saúde mental do profissional da saúde**

Palestrante: Helena Cortes (UFSC)

23/03/2024 - 10:10 - Mesa-redonda: **Guerra às drogas e redução de danos**

Palestrantes: Tadeu de Paula (UFRGS) e Andreia Alves (CRESCER - Portugal)

23/03/2024 - 15:40 - Palestra: **Diversidade e o processo de inclusão social**

Palestrante: Claudio Mann (FIOCRUZ/IPUB/UFRRJ)



# ANEXO C - IV ENCONTRO DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA DA ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE A PAR COM O FUTURO



## CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE EZEQUIEL DOMINGOS, NATURAL DE PORTUGAL, , NASCIDO A 1974-01-23, NACIONALIDADE PORTUGUESA, GÉNERO MASCULINO, PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 102591512ZX1, FREQUENTOU NO(S) DIA(S):

**17-05-2024**

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 8.5 HORAS, DESIGNADA DE

**"IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE"**

Matosinhos, 17 de maio de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 3593/24 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Tames - 4454-513 Senhora de Horta  
Geral: 229 301 000  
ca@ulsm.mt-nsaude.pt | www.ulsm.mt-nsaude.pt  
Certificado nº 3593/24 001 000





## ANEXO D - 2.º CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

**CNEPH** 2.º Congresso Nacional de Emergência Pré-hospitalar  
2024

**Quando o (im)previsto acontece**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que *Ezequiel Domingos*, titular do n.º de identificação 10259151, participou no Congresso Nacional de Emergência Pré-Hospitalar 2024 com o lema “Quando o (im)previsto acontece”, que se realizou na Ilha da Madeira - Funchal, nos dias 23 e 24 de maio.

O Presidente do Congresso:  
Dr. António Brazão

Organização:

 **Região Autónoma da Madeira**  
Governo Regional

 **Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil**

 **INEM**

 **SEMER**



# **ANEXO E - COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE**

## **Coercion in Psychiatry: A Narrative Revision of the State of the Art Coerción en Psiquiatría: una Revisión Narrativa del Estado del Arte**

Catarina Conceição<sup>1</sup>, Ezequiel Domingos<sup>2</sup>, Fátima Caldeira<sup>1</sup>, Sandra Castro<sup>3</sup>, Paula Baptista<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>SESARAM, E.P.E., <sup>2</sup>Nephrocare Portugal, <sup>3</sup>Instituto Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Câmara Pestana

Correio eletrónico: catarinaconceicao0@gmail.com; contato telefónico: +351 963589256

### **RESUMO**

O uso de coerção em Psiquiatria continua a ser amplamente utilizado a nível global e, o recurso a estes métodos (por vezes desumanos e abusivos) remonta a vários séculos ao longo da história. Algumas destas medidas constituem graves violações dos direitos humanos dos doentes que se encontram aos cuidados das instituições de saúde mental e, cabe aos profissionais de saúde em geral e, aos enfermeiros em particular, debruçar-se e refletir sobre esta questão de forma a encontrar vias alternativas mais humanizantes e eticamente aceitáveis. Nesta revisão narrativa, pretendemos ponderar sobre a coerção em psiquiatria em utentes internados em instituições de saúde, os efeitos negativos que advêm desta prática e qual o estado da arte acerca da atitude dos enfermeiros perante esta questão.

**DESCRITORES:** Coerção, Psiquiatria, Violência, Saúde Mental, Saúde

### **ABSTRACT**

The use of coercion in Psychiatry is still largely used globally and, the resource to these methods (sometimes dehumanizing and abusive) goes back centuries in history. Some of these measures constitute serious humans' rights violations of the people hospitalized in mental health care institutions and, it is the healthcare professional's responsibility in general, but of nurses particularly, to lean over these questions and explore new measures which are more humanizing and ethically acceptable. In this narrative revision, we pretend to ponder about coercion in psychiatry in institutionalized patients, its negative effects and the state of the art nowadays regarding this matter. **KEYWORDS:** Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare

### **INTRODUÇÃO**

Em Portugal, a Lei n.º36/98, de 24 de Julho<sup>10</sup>, também denominada no nosso país como Lei da Saúde Mental<sup>10</sup>, estabelece todos os pressupostos jurídico-legais em que regulam o internamento das pessoas afetadas por doença mental em Portugal e, em particular salvaguarda os direitos e deveres destes utentes. Com efeito, a mesma Lei no seu Capítulo II, Secção I, artigo n.º7<sup>10</sup> regula as condições em que deverá ocorrer o internamento compulsivo das pessoas afetadas por “anomalias psíquicas” cujo estado de deterioração mental ou psicológica esteja de tal modo alterado que não possam tomar decisões salutaras autónomas relativamente ao seu estado de saúde e convalescença. Efetivamente, a Lei de Saúde Mental<sup>10</sup>, regula também o internamento voluntário, internamento de urgência e outros casos especiais. No entanto, de forma mais ou menos legal e, sem que a legislação seja clara neste aspeto, o fenómeno da coerção em psiquiatria continua a disseminar-se em várias instituições e contextos de internamento, levando muitos profissionais de saúde no geral mas com particularidade os enfermeiros, a debruçar-se sobre esta problemática e sobre o seu impacto nos utentes e nos próprios profissionais. Com este trabalho, lançaremos então o mote para que os enfermeiros procedam a uma profunda reflexão acerca destas práticas e modos de a minimizar.

## **ENQUADRAMENTO**

Em psiquiatria, é comum utilizarmos o termo coerção, que é um termo implícito nos direitos da pessoa portadora de doença mental, nomeadamente o direito à autonomia e o direito à tomada de decisão. De forma global existem três formas de coerção: formal, informal e subjetiva. A coerção formal entende-se como o internamento involuntário, admissão involuntária, contenção e medidas de isolamento. A coerção informal e subjetiva referem-se as medidas que limitam a liberdade de movimento físico da pessoa. Entendem-se por “medidas coercivas” todas aquelas medidas implementadas contra a vontade do próprio, mais frequentemente utilizado em psiquiatria. Por outras palavras, medidas coercivas dizem respeito também ao tratamento forçado e ao internamento involuntário. Os autores ressaltam que, o internamento involuntário é habitualmente uma decisão tomada fora do ambiente hospitalar.<sup>4</sup>

A Convenção das Nações Unidas (ONU) vem obrigar a avaliação e a justificação aprofundada das medidas coercivas. Segundo Wertheimer referido por Szmukler<sup>3</sup>, as ameaças são consideradas medidas coercivas, por exemplo “*se não tomar a medicação será detido no hospital*”<sup>4</sup>. Isto porque as ameaças são vistas como uma proposta que quando a pessoa rejeita se sente numa pior situação, de acordo com os aspetos morais. Uma alternativa ao uso das medidas coercivas em situação de crise é a criação de diretivas antecipadas, ou se algo mesmo formal, um plano conjunto de crise (entre o doente e a equipa de saúde). É de ressaltar que, as medidas coercivas não deverão ser aplicadas em pacientes que não possuam capacidade de decidir, ou seja, aquelas pessoas que não possuam capacidade para compreender e reter a informação, que não conseguem avaliar a sua situação tendo em vista o seu melhor interesse. Sucintamente, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a

utilizar na pessoa portadora de doença mental. Quando não haja outras alternativas, o uso destas medidas deverá ser fundamentado, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação. No momento da avaliação, é importante ter em atenção os seguintes aspetos: as fontes de variação (diferentes países, diferentes leis, diferentes serviços, diferentes políticas), o local (hospital ou comunidade), o momento da avaliação (antes ou após a alta clínica) bem como o avaliador.<sup>3 e 4</sup>

## **OBJETIVOS**

O objetivo geral desta revisão narrativa da literatura é lançar uma profunda reflexão sobre esta temática, pela ótica dos enfermeiros nesta matéria. No que concerne aos objetivos específicos, pretendemos aferir sobre o que a literatura disponível nos elucida relativamente ao modo como a coerção é atualmente utilizada no contexto do internamento em psiquiatria, como este fenómeno afeta os profissionais de saúde e a sua prática profissional quotidiana e, como a exposição a medidas coercivas afetam as pessoas com patologia mental.

## **METODOLOGIA**

Numa primeira fase, procurámos definir a questão de pesquisa da nossa revisão narrativa de literatura de uma forma clara, sucinta e que ilustrasse o âmbito da mesma com o rigor exigido. Recorreu-se então ao método PICO, onde incluímos três componentes deste método para definir a citada questão, foram estes componentes: os participantes, intervenção e resultados (a comparação de grupos e amostras não se adequa aos objetivos e à pertinência desta revisão narrativa). Deste modo a questão de pesquisa desta revisão narrativa de literatura consiste em “Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à coerção em psiquiatria no meio hospitalar?”. A questão de pesquisa para além de servir o mote a toda a revisão narrativa que, entretanto, se fez, serviu ainda como guia orientador ao longo de todo o processo.

As bases de dados utilizadas para obter estes artigos foram a PubMed e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) e, nas mesmas, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare*. Posteriormente, foi ainda utilizado o conector AND correlacionado os vários descritores para se conseguir obter um vasto leque de estudos.

Para definir quais os artigos, baseámos a nossa seleção em critérios (inclusivos e exclusivos), de modo a restringir a nossa análise àqueles que realmente se adequavam ao âmbito e objetivos selecionados. Os critérios de inclusão foram estudos primários cujos participantes fossem enfermeiros; revisões sistemáticas, integrativas ou narrativas que se focassem no papel ou experiência dos enfermeiros em serviços de psiquiatria relativamente às medidas de coerção. Como critérios de exclusão aplicámos: todos os artigos cuja antiguidade fossem superiores a cinco anos; artigos que abordassem as experiências de outros profissionais de saúde que não fossem enfermeiros e estudos sobre coerção que cujo cenário não fosse o meio hospitalar ou de internamento na área psiquiátrica.

Inicialmente, foram encontrados 28 artigos científicos. Dessa grande panóplia de informação, foram selecionados 8 artigos científicos, entre revisões sistemáticas da literatura, estudos primários qualitativos e quantitativos que nos pareceram os mais adequados face aos critérios impostos pela nossa questão de pesquisa. Após a leitura dos resumos de todos os artigos encontrados, foram descartados um total de 20 artigos.

## **RESULTADOS**

Sobre a coerção em Psiquiatria, vários artigos abordam a questão com foco na reclusão e contenção física de pacientes. Particularmente Hirsch, S., & Steinert<sup>1</sup> referem no seu trabalho *“Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy”*<sup>1</sup>, que embora essas medidas possam ser necessárias para evitar perigos imediatos, elas também podem ter consequências adversas graves, como trauma emocional, lesões físicas e até mesmo a morte. O mesmo estudo examina diversas intervenções que visam evitar a coerção na psiquiatria. Essas intervenções foram categorizadas em sete tipos de conteúdo: organização, treino de competências da equipa, avaliação de risco, ambiente, psicoterapia, reuniões de discussão e diretrizes antecipadas. A maioria das intervenções em cada categoria mostrou-se eficaz nos estudos analisados. Além disso, programas complexos, que combinaram elementos de várias categorias, demonstraram ser particularmente eficazes na redução da frequência de coerção. O estudo destaca a importância de realizar futuras pesquisas, incluindo ensaios clínicos randomizados em cluster, para investigar mais a fundo cada categoria de intervenção. Em conclusão, o artigo destaca a necessidade de implementar medidas eficazes para evitar a coerção na psiquiatria, levando em consideração o respeito aos direitos humanos dos pacientes.

De forma a obter evidência mais robusta, Müller e Jäger<sup>2</sup>, desenvolveram um estudo que aborda a como prever o recurso a medidas coercitivas em contexto de internamento em hospitais psiquiátricos, ao longo dos anos 2017-2020. O estudo visa identificar fatores que possam ser preditores de coerção, auxiliando assim na prevenção e gestão de tais situações. O presente estudo descreve que o uso de coerção no tratamento em psiquiatria deve ser considerado como último recurso, uma vez os pacientes expressam sentimentos de desamparo, medo, raiva, piorando a relação terapêutica e consequentemente maior recusa aos tratamentos em situações de crises futuras. Contudo, outros pacientes encaram as medidas de coerção como uma ajuda intencional e justificável para garantir o bem-estar e segurança do próprio. Aos mesmo passo que os pacientes têm uma visão das medidas de coerção, os profissionais de saúde também experienciam sentimentos de impotência, ambigüidade no sentido que parece condicionar e violar o direito a liberdade humana, com o objetivo de garantir o máximo de segurança ao paciente.

Face a esta grande interferência nos direitos à liberdade e os potenciais efeitos negativos das medidas de coerção, os autores do estudo defendem que é importante arranjar estratégias preventivas para a redução das mesmas, e identificar quais os pacientes que têm maior risco durante o internamento. Assim, os autores realizaram uma análise retrospectiva de dados de pacientes internados em hospitais

psiquiátricos, onde colheram informações demográficas e clínicas de uma amostra de pacientes em contexto de internamento e investigaram quais os fatores preditores estavam associados a um maior risco de medidas coercitivas.<sup>2</sup>

No período de 4 anos, n = 3.760 (22,6%) casos de n = 2.656 pacientes foram internados involuntariamente e n = 12.847 (77,4%) casos de n = 7.093 pacientes foram baseados em um status voluntário. A amostra consistiu em um pouco mais de homens (n = 9.294, 56,0%) do que mulheres. A idade variou entre 18 e 65 anos (média idade = 39,9 anos).<sup>2</sup>

As medidas coercitivas que foram incluídas na análise referidos como “coerção” neste artigo foram:

- Isolamento: Trancar o paciente em quarto individual com vigilância através de uma janela com um intervalo de 15 min.
- Contenção mecânica: amarrar o paciente a uma cama com dispositivos mecânicos (cintos). Na atual instituição psiquiátrica, leito cintos com restrições de 5 pontos (braços, pernas e tronco) ou menos são usados se necessário.
- Medicação forçada: A aplicação de medicamentos (geralmente tranquilizantes ou antipsicóticos) contra os pacientes será oral ou como injeção intramuscular.

É de ressaltar que neste estudo todos estes dados foram colhidos por meio de entrevistas de exploração padronizadas e através de observação comportamental, realizado por psiquiatras, com auxílio de uso de escalas documentadas e validadas nomeadamente a *Global Assessment of Functioning* (GAF) e a *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), bem como indiretamente por relatos de outros profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais.<sup>2</sup>

Os resultados do estudo mostraram que vários fatores estão correlacionados com o tratamento. Além disso, o estudo também revelou que a duração do internamento e a presença de sintomas depressivos graves podem aumentar a existência de medidas coercitivas. Assim, o estudo demonstra que a reclusão foi exercida em 6,0% (n=1002), a contenção mecânica em 0,3% (n=44) e a medicação involuntária em 4,0% (n=662) de todos os casos. Num total, em 6,9% (n=1140) dos casos incluídos a coerção foi exercida), sendo que em 795 de todos os casos com coerção, 69,7% foi necessário usar uma segunda medida coercitiva. Também se concluiu neste estudo que a medida de coerção era superior para as variáveis: sexo masculino, solteiros, residentes, psicose por consumo de substâncias, episódios psicóticos e maníacos. Outro indicador de gravidade clínica e cronicidade, como tempo de internamento e/ou número de hospitalizações também foram fortemente ligados à coerção. Em relação ao primeiro e última medida de coerção, constatou-se no estudo que 50% daqueles que sofreram coerção foram afetados nos primeiros 3 dias de tratamento, enquanto apenas 25% experimentaram sua primeira medida

coercitiva após 8 dias. Além disso, dentro de 8 dias, 50% tinham experienciado sua última medida. Eles sugerem que a identificação precoce desses fatores de risco durante o internamento pode permitir intervenções direcionadas, como intervenções psicoterapêuticas específicas ajustadas a um plano de cuidados individualizado.<sup>2</sup>

Este estudo vai de encontro a outros achados anteriores que descrevem os diagnósticos psicóticos, maníacos/bipolares e psicose por substâncias como de maior gravidade dos sintomas clínicos, nomeadamente sintomas delirantes, falta de insight, alteração do comportamento, para ser um risco a considerar para o exercício da coerção.<sup>2</sup>

Os investigadores discutem a importância desses resultados para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção, com o objetivo de reduzir o uso das medidas de coerção no contexto de hospitais psiquiátricos, como o uso de instrumentos de avaliação do risco logo após a admissão e regularmente pode ajudar a identificar o risco para comportamentos agressivos, bem como as diretivas antecipadas de vontade que permitem ao profissional conhecer e predefinir quais as estratégias de sucesso utilizadas anteriormente. Em suma, além das características clínicas e não clínicas dos pacientes, o estudo mostra que pacientes com episódios maníacos ou psicóticos experimentam a sua primeira e última medida de coerção mais cedo do que outros diagnósticos. E portanto, como a maioria das medidas coercitivas acontece na primeira semana de internamento, devem ser feitos esforços para implementar intervenções no sentido de promover a autonomia do paciente, promover a relação terapêutica, implementar atividades de lazer, e proporcionar ambiente calmo.<sup>2</sup>

A revisão sistemática de literatura realizada por Chieze<sup>4</sup>, cujo título é *“Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review”*<sup>4</sup>, sugere que alguma da literatura defende que as medidas coercivas são expressamente proibidas, na medida em que violam os direitos da pessoa. Assim sendo, as medidas coercivas são vistas como medidas que infringem os direitos fundamentais (dignidade e integridade) baseados em princípios éticos (beneficência, não maleficência e autonomia). E também porque estas medidas tem uma perceção negativa por parte dos doentes e dos seus familiares, podendo causar danos físicos no doente e, portanto, causar mais dano à pessoa do que benefício. Entre cerca de 25% a 47% das pessoas que experienciaram medidas de coerção estavam presentes os efeitos associados a *stress* pós-traumático. Ainda de acordo com o mesmo autor este refere que a medida coerciva menos bem tolerada documentada é a contenção, provavelmente devido à ideia de “invasão” do espaço. Esta medida é também associada a sentimentos negativos, aumento do tempo de internamento, quadro de alucinações e até mesmo quadros de TVP (trombose venosa profunda).<sup>4</sup>

A contenção poderá ser mecânica ou física. A contenção mecânica implica a utilização de dispositivos enquanto a contenção física implica apenas uma equipa de saúde a imobilizar manualmente outra pessoa. O conceito de reclusão diz respeito então ao confinamento da pessoa a um quarto (espaço restritivo e sem movéis), isolado de outras pessoas. Estas medidas coercivas nomeadas anteriormente estão frequentemente associadas a sentimentos de punição e de angústia. Da mesma forma estas medidas são utilizadas na sua maioria em quadros de transtornos psicóticos.<sup>4</sup> No entanto, uma outra parte da

literatura defende que poderá haver necessidade do uso das mesmas, contudo, estas deverão ser devidamente justificadas e implementadas em circunstâncias específicas. É assim essencial distinguir os objetivos terapêuticos e de diagnóstico dos objetivos para a segurança do doente e/ou de outros. Uma das razões mais viáveis para a utilização das medidas coercivas dizem respeito à proteção contra a violência. O descrito anteriormente vai de encontro com o que o autor da revisão em estudo faz referência, defendendo que qualquer que seja a intervenção praticada esta deve-se basear no benefício para o doente, com evidência documentada. No entanto,

no que concerne às medidas coercivas a sua eficácia e eficiente ainda é um assunto controverso.<sup>4</sup> Atualmente, atendendo ao novo paradigma da pessoa portadora de doença mental, são os interesses do mesmo que irão justificar ou decidir o uso ou não das medidas coercivas, em detrimento dos restantes elementos críticos. É por isso importante avaliar a capacidade de decisão da pessoa porque se refere ao princípio da autonomia, e as medidas de coerção vão anular esse efeito. Do mesmo modo, os profissionais concordam com o uso das medidas coercivas em hospitais psiquiátricos, nas situações em que se verifiquem o risco da segurança do doente e/ou para a reconstrução da identidade do mesmo, a longo prazo. E, portanto, estas medidas deverão ser implementadas de forma ética, segura, e após uma avaliação entre outras estratégias, de forma que sejam compreendidas pelo doente e sua família. É de salientar, a importância da relação terapêutica entre doente/família e profissional de saúde para uma posterior melhoria da percepção subjetiva da coerção e assim obter melhores resultados com ganhos em saúde. Contudo, a relação estabelecida entre as partes, se for uma relação terapêutica, irá ser uma ótima alternativa ao uso de medidas limitativas para a pessoa, evitando assim o sofrimento e os sentimentos negativos associadas às mesmas e, portanto, com menos riscos associados.<sup>4</sup>

Por outras palavras, podemos então afirmar, de acordo com os artigos encontrados que, as medidas coercivas são utilizadas em determinadas circunstâncias, devidamente fundamentadas, com base em leis, convenções e regulamentos nacionais, tendo por base as boas práticas dos peritos. Outro aspeto, é a justificação de uma ação à posteriori do doente baseada na observação, por exemplo, na melhoria dos sintomas clínicos. E outra, mas não menos importante, é o possível abuso de poder por parte de outros (familiares e/ou profissionais de saúde).<sup>4</sup>

Existem quatro principais métodos de avaliação da eficácia das medidas coercivas, sendo eles: o modelo da necessidade; o modelo de salvamento de vida; modelo da incompetência e modelo de responsabilidade total. De entre os modelos referidos anteriormente, aquele que mais se adequa à realidade, segundo o mesmo autor, é o modelo de incompetência. Este modelo defende que a pessoa portadora de doença mental necessitando de cuidados de saúde, mas que não possua capacidade de decisão autónoma, deverá ser tratada coercivamente a sua doença. O autor defende a importância da personalidade, as intenções e a responsabilidade do profissional de saúde na aplicação das medidas em contexto clínico, tornando-as assim aceitáveis ou não, tal como os meios utilizados na aplicação das mesmas. Isto porque a forma como é utilizada pode torná-la inaceitável. De forma breve, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a utilizar na pessoa portadora de doença

mental. Quando não haja outras alternativas o uso destas medidas deverá ser fundamentada, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação.<sup>4</sup>

O quarto artigo que utilizamos para a nossa revisão narrativa, elaborado por Pawlowski e Baranowski<sup>5</sup>, denominado “*Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards*”, consiste no relato de um estudo descritivo em que se procurou observar e descrever quais os traços de personalidade do pessoal de enfermagem que mais influenciam o recurso a métodos coercivos. O mesmo estudo teve duração de um ano (doze meses) em seis serviços de internamento psiquiátrico, perfazendo 236 camas. No que concerne aos enfermeiros, foram observados um total de 83 profissionais (6 homens e 77 mulheres), com uma faixa etária entre os 20 e os 58 anos e, com uma média de 7 anos de experiência profissional (com uma variabilidade entre 1 e 39 anos de prática profissional). Para colher a informação, os investigadores utilizaram os registos e notificações do uso de métodos coercivos, e também descrições informais do uso da mesma. Para aferir os traços de personalidade mais prevalentes entre os enfermeiros que iniciavam a coerção como meio de controlar os comportamentos dos pacientes, os investigadores recorreram à aplicação dos questionários *Gough’s Adjective Check List (ACL Creative Personality Scale)* (que permite aferir os traços de personalidade mais prevalentes na amostra em estudo) e também à *Kolb’s Organizing Climate Questionnaire* (que permite aferir acerca do ambiente de uma determinada organização). Relativamente ao estudo em causa, obtiveram-se os seguintes resultados: os enfermeiros iniciam procedimentos coercivos em 52% das vezes e, 62% dos casos foram os mesmos que iniciaram o processo de tomada de decisão de recorrer ao uso de coerção. Relativamente aos traços de personalidade destes profissionais, aqueles que obtiveram um *score* baixo na escala *ACL Creative Personality Scale* eram mais suscetíveis de utilizarem métodos coercivos em pacientes agressivos ou disruptivos. Estes profissionais são caracterizados como: possuidores de um processo de pensamento muito esquematizado e pouco criativo; mais conservadores e convencionais relativamente a crenças e comportamentos. Por outro lado, os profissionais que apresentaram um *score* maior na mesma escala, que demonstraram maiores níveis de empatia e criatividade, recorreram menos a medidas coercivas e, observou-se que os pacientes a cargo destes profissionais apresentavam menos agressividade e comportamentos considerados “negativos”. Em relação ao clima profissional, aferiu-se que a perceção que os enfermeiros têm acerca do ambiente de trabalho influencia diretamente o processo de tomada de decisão no que concerne ao uso da coerção, a iniciação no uso de métodos coercivos e a sua participação mais ou menos ativa nos mesmos. Deste modo, os enfermeiros achavam que os seus serviços tinham uma liderança forte e clara, participavam no uso de métodos coercivos, mas, por outro lado, iniciavam o uso de coerção menos vezes. Contrariamente aos enfermeiros que percecionavam a sua liderança como vaga, fraca ou inaceitável, iniciavam o uso de coerção mais frequentemente, mas, por outro lado, tinham mais relutância em participar no uso da mesma (embora acabassem por participar). No fundo, em estruturas organizacionais mais fracas e pouco organizadas, sem papéis de liderança claros ou bem definidos, estão mais

vulneráveis ao uso da coerção pelos seus profissionais. Um achado interessante neste estudo é que o mesmo relevou que, os próprios pacientes eram menos agressivos e tinham comportamentos menos disruptivos quando eles próprios percecionavam uma liderança mais clara e estruturada.<sup>5</sup>

Segundo o estudo qualitativo “Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers”<sup>6</sup> de Valimaki et al.<sup>6</sup> os grupos de estudo foram as enfermeiras, doentes psiquiátricos e cuidadores informais que visitavam os hospitais psiquiátricos, conclui-se que todos os grupos estudados afirmam que se os enfermeiros forem acolhedores, manifestarem atitudes que revelem ajuda perante os doentes, promoverem maior suporte e conforto bem como maior compreensão, serem pró-ativas na aproximação aos doentes, apresentaram uma comunicação mais eficaz, e promoverem a expressão de sentimentos dos doentes bem como se houver mudanças nas estruturas hospitalares ajudariam a prevenir agressões por parte dos doentes. Conclui-se também que é necessário desenvolver um ambiente terapêutico e uma cultura que direcione atividades com significado durante o período de tratamento bem como é necessário desenvolver atividades de auto-controlo para os doentes.<sup>6</sup>

Ainda neste estudo os enfermeiros vêem os doentes violentos como resultado da doença e acreditam que não se consegue evitar a agressividade dos mesmos e que faz parte do seu trabalho lidar com estas situações. Os doentes por seu lado vêem as condições ambientais como um gatilho bem como as relações interpessoais e uma pobre comunicação com os técnicos como fatores que ajudam a escalar a agressividade.<sup>6</sup>

Por seu lado neste estudo os doentes e familiares criticam o poder e o controlo que os técnicos exercem, consideram ainda que são criados limites desnecessários no controlo do comportamento dos doentes. E ainda encaram que as práticas no controlo da agressividade não são bem aceites pelos doentes, pois escalam a agressividade e consequentemente causando medo e traumatizando os doentes. As medidas de controlo usadas perante a agressividade são agarrar, separar, colocar doentes em contenção e sedá-los quimicamente.<sup>6</sup>

Este estudo concluiu ainda que o ambiente de tratamento só por si pode ser restritivo e aumentar a tensão e agressividade nos doentes. Por outro lado, trabalhar por um longo período num ambiente confinado com elevados níveis de agressividade podem aumentar as atitudes cínicas em relação ao sistema de tratamento afetando o comportamento dos enfermeiros.<sup>6</sup>

Ainda para estes autores os enfermeiros acreditam que os doentes experimentam benefícios terapêuticos com o uso de medidas coercivas, o que leva aos enfermeiros requisitarem mais medidas restritivas na sua intervenção com doentes agressivos.<sup>6</sup>

No estudo exploratório, “*Mental health professionals’s feelings and attitudes towards coercion*”<sup>7</sup>, de Morandi, Silva, Rubio, Bonsack e Golay<sup>7</sup> o uso de medidas coercivas em psiquiatria tem sido discutido por séculos, uma vez que não respeita os princípios fundamentais biomédicos éticos como autonomia, beneficência e não maleficência e justiça. Segundo estes a literatura médica em psiquiatria advoga que medidas coercivas são usadas no melhor dos interesses para o doente a sua

família e para a sociedade. Contudo não existe evidências suficientes para afirmar que o uso de medidas coercivas são eficazes e ajudam clinicamente na estabilização dos doentes. Existe outros estudos que demonstram que a prática de medidas coercivas tem um impacto negativo nos doentes. Mesmo assim a prática de medidas coercivas é usada praticamente em todos os sítios. Estas práticas são baseadas numa cultura institucional em vez de ser baseadas em evidência científica.<sup>7</sup>

Neste estudo é de salientar que 34,6% concorda ou concorda plenamente que a coerção é uma violação dos direitos fundamentais dos pacientes, e 37,6% refere que as medidas usadas não foram aplicadas justamente. Ainda neste estudo afirma-se que apesar da fraca evidência científica uma importante parte dos profissionais concorda ou concorda plenamente que a coerção é indispensável na psiquiatria 42,3%, e que tem benefícios para o doente 35,4%, e que tem um papel terapêutico 47,7% e que não impede a recuperação dos doentes 59,2%.<sup>7</sup>

Os profissionais de saúde quando recorrem a medidas coercivas acreditam que estão a fazer o melhor pelos doentes 56,2% e só uma minoria experiência frequentemente ou muito frequentemente depara-se com um dilema moral 26,9%, contudo 37,7% dos profissionais afirma que o uso deste recurso provoca *stress*. Por vezes o uso de medidas coercivas ajuda despoletar a agressividade dos doentes 53,8%, por outro lado a falta de medidas alternativas foi por vezes reconhecida como justificativa para o uso de medidas coercivas 38,5%.<sup>7</sup>

Cerca de 84,6% dos profissionais refere sentir empatia pelos doentes após aplicar medidas coercivas. A maioria dos profissionais refere ter tido tempo para discutir diferentes opções terapêuticas antes de aplicar medidas coercivas 70,7% e 50% refere considerar as preferências dos doentes na aplicação de medidas coercivas e 82,3% afirma ter discutido com os doentes como se sentiram após a aplicação de medidas coercivas, 57,7% referiram não ter dificuldade em decidir quando deverão terminar as medidas coercivas. Ainda segundo este estudo conclui-se que os técnicos com cargos de liderança revêm-se pouco na coerção como uma medida de tratamento. A aplicação de medidas coercivas afeta psicologicamente mais os psiquiatras uma vez que a aplicação destas medidas só pode ser ditada por estes.<sup>7</sup>

Na revisão sistemática “*Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies*”, segundo Rabenschlag, Cassidy e Steinauer<sup>8</sup> o não escalar a agressividade define-se como o uso de técnicas incluindo verbais e não verbais, aponta sobretudo para a capacidade de comunicação e de desarmar a fúria e controlar a agressividade. Corresponde a um modo de controlar a agressividade e o comportamento violento de maneira mais humana é mais dignificante e menos coercivo que o uso de intervenções físicas. Por outro lado, salienta-se a importância de como a medicação pode ser usada como parte da estratégia da não escalada da agressividade, mas se refere que não pode ser considerada só por si como uma medida. A não escalada da agressividade implica recorrer a comunicação verbal e expressões físicas de empatia, criar alianças terapêuticas e criar limites sem confrontar, sempre na base do respeito. Em suma a base da não escalada da agressividade é a comunicação, aproximação, possuir qualidades da não escalada da agressividade, avaliação e risco,

conseguir ajuda e medidas de contenção como último recurso. Sem nunca esquecer que diferentes tipos de agressão implicam diferentes intervenções.<sup>8</sup>

No estudo qualitativo, “*Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland*”, Jakub Lickiewicz et al.<sup>9</sup> definem coerção como o uso da força para limitar as escolhas de uma pessoa, hospitalização involuntária, administração de medicação sem consentimento, recurso ao isolamento e aplicação de restrições mecânicas.<sup>9</sup>

Este estudo usou a seguinte escala, *Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)* que contempla 3 subescalas: Coerção como cuidados e segurança, Coerção como medida ofensiva e Coerção como tratamento.<sup>9</sup>

Segundo este estudo, os enfermeiros têm uma atitude diferente sobre o uso das medidas coercivas relativamente aos médicos, uma vez que quem dita as medidas a implementar são os médicos, mas os responsáveis por implementar estas medidas coercivas são os enfermeiros. E por outro lado, os enfermeiros estão mais expostos à violência este fato poderá explicar o motivo de terem uma atitude diferente face ao uso da coerção. Os enfermeiros também acreditam que deviam ser usadas mais medidas coercivas quando comparativamente com os médicos, e como tal são alvos de comportamentos agressivos mais frequentemente que os psiquiatras.<sup>9</sup>

Na Polónia acredita-se que a coerção é uma maneira de lidar com situações perigosas nas alas; bem como acredita-se ser a solução para os doentes severos psiquiátricos do que comparativamente com a Alemanha. Mas a maior diferença entre estes dois países é sobre a violação da integridade do doente em que a Alemanha acredita muito mais que a coerção consiste numa violação do que a Polónia, bem como entendem que o recurso a coerção poderá ser uma falha enquanto a Polónia não partilha da mesma visão.<sup>9</sup>

Neste estudo verificou-se que a Polónia tem uma atitude mais paternalista face aos doentes comparativamente à Noruega e à Alemanha. O que permite inferir que existe diferença cultural entre os países comparados. As principais razões ficam a dever-se a razões económicas (falta de técnicos na Polónia), fatores históricos e de educação (sem programas de não escalada da violência na Polónia) e pelo fato da Polónia ser um país autoritário, apesar de neste momento estar a trabalhar noutros métodos e dar maior importância aos direitos humanos na psiquiatria atual. Por outro lado, a Noruega onde a população tem uma atitude mais normativa e procura o respeito pela autonomia e direitos humanos, estas atitudes poderão refletir-se nos profissionais de saúde.<sup>9</sup>

A atitude dos enfermeiros em relação à coerção poderá prevenir o uso excessivo de contenções mecânicas.<sup>9</sup>

Observando as mudanças nas atitudes dos enfermeiros em relação à coerção e ao seu uso excessivo poderão alertar os superiores hierárquicos para comportamentos indesejados, como o cinismo ou baixo sentido de realização pessoal sobre os doentes, que são indicativos de *burnout*<sup>9</sup>

A falta de conhecimento, o trabalho excessivo e a responsabilidade por aplicar medidas coercivas pode levar aos enfermeiros ao uso excessivo destas medidas. Segundo

estes autores o uso de medidas coercivas podem ser a resolução mais simples, mas não será a melhor solução.<sup>9</sup>

### **DISCUSSÃO DE RESULTADOS:**

A partir da análise dos vários artigos utilizados na elaboração da nossa revisão narrativa de literatura, as medidas coercivas têm efeitos nefastos na vida dos utentes: trauma emocional, morte, lesões físicas, desamparo, medo, raiva, recusa a tratamento e quebra na relação (mencionadas em pelo menos três dos estudos analisados). Como forma de reagir a estas medidas, outros três estudos referem que os utentes começam a recusar medicação; recusam a comunicação verbal e quebram a ligação terapêutica.

As medidas coercivas mais utilizadas pelos enfermeiros, mencionadas pelos trabalhos analisados, baseiam-se em medidas de reclusão dos pacientes (exemplificando: o uso de isolamentos ou afastamento dos pacientes para áreas mais resguardadas) mas, por outro lado, as medidas de contenção física (e também mecânica) são ainda amplamente utilizadas. Apesar das questões ético- legais inerentes a esta questão, a verdade é que o recurso à coerção ainda é amplamente utilizado e difundido nas instituições de internamento em psiquiatria e, o seu uso é muitas vezes iniciado pelo pessoal de enfermagem, principalmente em ambientes de trabalho pouco salubres em que não exista uma liderança clara e organizada. Apesar disso, de acordo com o penúltimo artigo em análise, o perfil dos enfermeiros tem um peso preponderante na sua atitude passiva, ativa ou neutra perante o uso de medidas coercivas em pacientes e, a atitude e crença pessoal destes profissionais influencia diretamente os *outcomes* do uso da coerção em utentes pacientes psiquiátricos. De facto, segundo o mesmo estudo, os enfermeiros mais criativos e empáticos tendem a usar menos qualquer tipo de medidas coercivas, ao passo que enfermeiros com atitude mais conservadora, autoritária e paternalista em relação aos pacientes tendem mais a utilizar medidas coercivas. Adicionalmente, verifica-se que grande parte dos profissionais abordados nos estudos analisados, vêem a coerção como uma violação dos direitos, liberdades e garantias dos utentes internados em contexto psiquiátrico embora, refiram sentimentos de ambivalência perante a sua aplicação (pois muitas vezes creem que estão a fazer pelo melhor face aos recursos disponíveis). Um dos estudos, refere ainda que a hospitalização involuntária, a administração de medicação sem consentimento, o isolamento forçado, razões económicas (falta de material disponível, falta de *staff* disponível), fatores históricos e educacionais (por exemplo, a menor sensibilização para estas questões) desempenham também um importante papel no acesso a estas medidas.

Os estudos analisados, na sua generalidade, fazem algumas sugestões a aplicar nos serviços pelo pessoal de enfermagem para auxiliar a minimizar estas questões: treino de competências, avaliação do ambiente e risco de uso de medidas coercivas, psicoterapia, reuniões de discussão, diretrizes

antecipadas, ajuda intencional, facilitar a expressão de emoções, fomentar a comunicação verbal e não verbal, criação de limites sem confrontação.

Em suma, os enfermeiros recorrem muitas vezes a meios de coerção, sobretudo no que diz respeito à contenção física e ambiental dos utentes em quadros agudos ou agressivos. Apesar de reconhecer que estes métodos constituírem um grave atentado aos direitos humanos, muitas vezes ainda são vistos como um recurso a utilizar. Verificamos ainda que, o perfil dos enfermeiros e os ambientes de trabalho a que estão expostos condiciona o recurso a métodos coercivos. No entanto, reconhecemos a dimensão enorme desta problemática, como um dos artigos analisados refere, uma vez que não há evidência clínica que as medidas coercivas são eficazes no controlo e estabilização, é necessário ter em conta as medidas corretivas propostas para refletir e melhorar a prática clínica quotidiana nestes contextos.

### **CONCLUSÃO:**

Apesar de eticamente discutível, a realidade é que o uso de medidas coercivas ainda é muito visto como um uma forma de controlar pacientes psiquiátricos, limitando sobretudo a sua liberdade de movimento. O uso de medidas coercivas em contexto de internamento psiquiátrico encontra-se amplamente difundido a nível global e, a proveniência dos vários estudos utilizados nesta revisão demonstram isso mesmo. Os ambientes de trabalho; as lideranças; o perfil, crenças e traços de personalidade dos enfermeiros impactam diretamente a sua atitude perante o uso de medidas coercivas.

Os estudos e revisões encontradas ilustram de forma perfeita as ilações apresentadas na discussão de resultados e, o objetivo de dar a conhecer as experiências e perspetivas dos enfermeiros perante o uso de medidas coercivas em doentes psiquiátricos (particularmente aqueles internados) foi alcançado pelo grupo.

Em jeito de considerações finais, o grupo crê ainda que é necessário produzir mais conteúdo e evidência científica robusta em contexto nacional e perceber quais as tendências dos profissionais de enfermagem do nosso país perante esta matéria.

Mais se declara que os autores não possuem qualquer conflito de interesses relativo a esta matéria.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- <sup>4</sup>Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>

- <sup>4</sup>Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- <sup>1</sup>Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- <sup>9</sup>Lickiewicz, J., Husum, T. L., Ruud, T., Siqveland, J., Musiał, Z., & Makara-Studzińska, M. (2021). Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.745215>
- <sup>2</sup>Müller, M., Brackmann, N., Jäger, M., Theodoridou, A., Vetter, S., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). Predicting coercion during the course of psychiatric hospitalizations. *European Psychiatry, 66*(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.3>
- <sup>5</sup>Pawłowski, T., & Baranowski, P. (2017). Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards. *Care, 54*(2), 287–292.
- <sup>10</sup>PORTUGAL. Assembleia da República. (24 de Julho de 1988). Lei n.º36/98. *Diário da República n.º169, I Série*
- <sup>8</sup>Rabenschlag, F., Cassidy, C., & Steinauer, R. (2019). Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00231>
- <sup>1</sup>Silva, M. R., Antunes, A. P., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-De-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4>
- <sup>3</sup>Szmukler, G. (2015). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry, 14*(3), 259–261. <https://doi.org/10.1002/wps.20264>
- <sup>6</sup>Välimäki, M., Lantta, T., Lam, Y. T., Cheung, T., Cheng, P. W., Ng, T., Ip, G., & Bressington, D. (2022). Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative

study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03974-4>