



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Programas e Estratégias de Prevenção da Violência no Namoro em Adolescentes

Relatório Final de Estágio

Raquel Pereira Amorim

Coimbra, junho de 2025



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Programas e Estratégias de Prevenção da Violência no Namoro em Adolescentes

Relatório Final de Estágio

Raquel Pereira Amorim

Orientadora: Professora Doutora Helena Quaresma

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para Obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, junho de 2025

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helena Quaresma, agradeço profundamente por toda a partilha de conhecimentos, dedicação e incentivo ao longo deste processo. Por toda a paciência, disponibilidade e empatia demonstrada em todos os momentos, fazendo-me sentir sempre apoiada.

A todas as enfermeiras orientadoras e aos restantes elementos das equipas de cada local de estágio, que foram fundamentais para o meu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, que estiveram sempre presentes para me escutar, acolher os meus desabafos e celebrar comigo todas as pequenas vitórias que foram alcançadas.

Aos meus pais, por serem o meu maior suporte, agradeço todo o amor incondicional e o constante incentivo, pois tornaram este caminho menos árduo.

Ao meu companheiro Rui, uma das surpresas mais inesperadas e bonitas que este percurso me trouxe, por toda a paciência, carinho e compreensão quando o tempo e energia eram mais escassos.

À minha gatinha Perséfone, cuja companhia tornou os meus dias mais alegres.

Por fim, aos meus avós, pois apesar de já não estarem presentes para ver o término deste percurso, ainda conseguiram assistir ao seu início, e todo o orgulho que eles sentiam por mim foi impulsionador para continuar a seguir em frente.

A todos, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório foi elaborado como trabalho final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista nesta mesma área de especialidade. Este documento apresenta uma descrição e análise do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo deste percurso académico, fazendo referência às vivências, atividades e intervenções elaboradas nos diferentes contextos de estágio, fundamentadas na evidência científica. Para além disso, este relatório contempla uma componente de investigação com a realização de uma *scoping review* que aborda a prevenção da violência no namoro em adolescentes. A violência no namoro é um tipo de violência que ocorre nas relações de namoro, e pode incluir agressão física, sexual, abuso psicológico, emocional ou verbal, controlo, ameaças ou perseguição. Desta forma, torna-se fundamental identificar que programas e estratégias existem na prevenção da violência do namoro e qual as suas características.

Objetivos: Refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, consoante as atividades realizadas nos diversos estágios. Pretende-se, de igual forma, desenvolver competências de investigação, através da elaboração de uma *scoping review*.

Metodologia: Na primeira parte deste documento, recorre-se a uma metodologia descritiva e reflexiva, no que diz respeito aos três estágios frequentados. A *scoping review* foi elaborada conforme a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, com o propósito de responder à questão de investigação: “Quais os programas e estratégias utilizados na prevenção da violência no namoro em adolescentes?”, assim como à questão secundária: “Quais as características dos programas e estratégias utilizados na prevenção da violência no namoro em adolescentes?”.

Resultados: Assim, considera-se que o presente relatório demonstra uma análise critico-reflexiva, evidenciando o impacto no desenvolvimento pessoal e profissional, que decorreu da aplicação do conhecimento adquirido previamente em contexto académico nas atividades realizadas durante os estágios, assim como no processo de investigação, o que permitiu a aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao nível dos diferentes domínios.

Palavras-chave: Enfermagem; violência no namoro; programas de prevenção; adolescentes

ABSTRACT

Background: This report was developed as the final work for the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, aiming to obtain the Master's degree and the title of Specialist Nurse in this field. This document provides a description and analysis of the learning process and development of skills throughout the academic journey, referencing experiences, activities, and interventions developed in different internship contexts, supported by scientific evidence. Additionally, this report includes a research component in the form of a scoping review that addresses the prevention of dating violence among adolescents. Dating violence is a type of violence that occurs within romantic relationships and may include physical or sexual aggression, psychological, emotional, or verbal abuse, control, threats, or stalking. Therefore, identifying existing programs and their features for preventing dating violence and understanding their characteristics is crucial.

Objectives: To reflect on the process of acquiring and developing the Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, according to the activities performed during the various internships. Additionally, this report also aims to develop research skills through the creation of a scoping review.

Methodology: The first part of this document follows a descriptive and reflective methodology, focusing on the three internships attended. The scoping review was conducted following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, with the purpose of answering the research question: *"What programs and strategies are used in the prevention of dating violence among adolescents?"* as well as the secondary question *"What are the characteristics of the programs and strategies used to prevent dating violence among adolescents?"*

Results: This report provides a critical and reflective analysis, illustrating the impact of the learning process on personal and professional development. It highlights how the knowledge acquired in an academic setting was applied in internship activities, as well as in the research process.

Keywords: Nursing; dating violence; prevention programs; adolescents

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Abstract

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR - Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HD - Hospital de Dia

JB - Joanna Briggs Institute

NAP - Neurolépticos de Ação Prolongada

ObVN - Observatório da Violência no Namoro

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCC - População, Conceito, Contexto

PIC - Plano Individual de Cuidado

ScR - *Scoping Review*

TR - Terapeuta de Referência

UC - Unidades Curriculares

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UIC - Unidade de Intervenção Comunitária

VN - Violência no Namoro

VNA - Violência no Namoro na Adolescência

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	44
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de pesquisa.....	43
Tabela 2. Apresentação dos estudos selecionados.....	45
Tabela 3. Extração de dados do estudo 1 (E1).....	46
Tabela 4. Extração de dados do estudo 2 (E2).....	47
Tabela 5. Extração de dados do estudo 3 (E3).....	48
Tabela 6. Extração de dados do estudo 4 (E4).....	50

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	12
1.CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	13
1.1.CONTEXTO HOSPITALAR	13
1.2.CONTEXTO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	14
1.3.CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	15
2.DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	17
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	18
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	19
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	19
3.DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	21
3.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL	21
3.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	23
3.3. 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	25
3.4. PRESTA CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SOCIOTERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE	29
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	35
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	36
2.METODOLOGIA	42
2.1.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO	42
2.2.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	43
2.3.ESTRATÉGIA DE PESQUISA	43
2.4.EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS	45
3.RESULTADOS	47
4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
NOTA CONCLUSIVA	62
BIBLIOGRAFIA	63

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Programa de saúde escolar “Ecrã Desligado, Sono Bem Aproveitado”

APÊNDICE 2 – Planeamento das sessões do Projeto de Melhoria Contínua “Stress e Sobrecarga do Cuidador”

APÊNDICE 3 – Caso clínico: estágio em contexto hospitalar

APÊNDICE 4 – Caso clínico: estágio em contexto de respostas diferenciadas

APÊNDICE 5 – Projeto De Intervenção: Terapia De Reminiscência

APÊNDICE 6 – Dinamização em Feira de Saúde

APÊNDICE 7 – Sessão “Cuidar na Demência”

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular intitulada Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Helena Quaresma. A sua elaboração tem como finalidade o término do Curso de Mestrado, culminando na obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Desta forma, de maneira a atingir esse propósito, foram frequentados estágios em três contextos distintos de atuação do EEESMP, com o intuito de promover o desenvolvimento e aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 da OE), mas também das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 da OE). Os estágios, segundo a OE, são um processo formativo fundamental na transição para Enfermeiro Especialista, pois permitem a mobilização de conhecimentos e aprendizagem na prática clínica, fomentando a reflexão sobre a prestação de cuidados especializados (OE, 2021).

Este documento contempla uma descrição reflexiva e crítica das competências desenvolvidas ao longo dos estágios, através da análise das intervenções e atividades realizadas em cada contexto, que foram elaboradas segundo conhecimento teórico previamente adquirido e evidência científica consultada. Também constam reflexões sobre emoções sentidas e postura perante determinadas vivências, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Para além do que foi mencionado, o relatório também engloba uma componente de investigação, que aborda os programas e estratégias de prevenção da violência no namoro em adolescentes.

A violência no namoro é um tipo de violência que ocorre nas relações de namoro, e que se pode manifestar de diferentes maneiras, como agressão física, sexual, abuso psicológico e emocional. Segundo dados estatísticos Estudo Nacional de Violência no Namoro em Portugal, entre 2017 e 2022, foram registadas 440 denúncias (Neves, Correia, Rocha, Costa & Borges, 2023). No entanto, dos 4696 participantes do estudo, 2524 já sofreram pelo menos um ato de violência no namoro e 1599 já praticaram pelo menos um desses atos. A média de idades dos agressores é 24,86 anos e das vítimas é 23,07 anos (Neves et al., 2023). Considerando estes valores, torna-se fundamental a identificação de programas e estratégias existentes na prevenção da violência do namoro, para perceber aquilo que já foi implementado e a natureza das intervenções utilizadas.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que compreende as idades entre os 10 e os 19 anos, encontrando-se inserida entre a infância e a fase adulta, e onde ocorrem processos de crescimento e desenvolvimento em vários níveis (WHO, 2024; Mikkelsen et al., 2020). Ao longo do seu desenvolvimento, os adolescentes vão sofrendo influência dos diferentes contextos em que

estão inseridos, começando a desenvolver a capacidade de refletir sobre os seus valores e crenças. Desta forma, os adolescentes podem ser considerados um foco promissor para as intervenções de prevenção primária, pois são capazes de refletir sobre os seus comportamentos e as consequências dos mesmos, assim como adquirir competências novas que podem suscitar mudanças positivas no comportamento, atitudes e crenças (Alegre de Sá, Ventura & Veríssimo, 2013).

Considerando o que foi descrito anteriormente, definiram-se os seguintes objetivos:

- Descrever e refletir sobre o processo de desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro EESMP, tendo por base as intervenções realizadas nos diferentes contextos de estágio;
- Desenvolver competências de investigação, através da elaboração de uma *Scoping Review* (ScR).

Este relatório é constituído por duas partes: a primeira parte consiste na componente de estágio, onde é realizada uma breve caracterização dos locais de estágio e de seguida uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio e a sua contribuição para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, assim como das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A segunda parte deste relatório, diz respeito à componente de investigação, onde será elaborada uma *scoping review* sobre programas e estratégias para a prevenção da violência no namoro em adolescentes. Por fim, o término deste relatório compreende uma conclusão e as referências bibliográficas, sendo complementado com anexos e apêndices.

Este trabalho foi elaborado segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC (Conselho Pedagógico, 2023) e as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição (APA, 2020).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), refere que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura. Desta forma, justifica-se a urgência de investimento na saúde mental e na qualificação de profissionais especializados nesta área da saúde, cujas intervenções sejam diferenciadas.

Desta forma, o estágio torna-se uma ferramenta essencial para a compreensão e desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem especializada, pois oferece oportunidades de aprendizagem que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, pretende-se que a realização dos diferentes estágios, proporcione o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através de uma prática de cuidados baseada em evidência científica e da reflexão e análise crítica das intervenções realizadas.

Os estágios foram realizados em três contextos diferentes, em instituições que pertencem à região centro. O primeiro estágio decorreu no internamento de psiquiatria de um hospital, compreendido entre os dias 20 de setembro e 12 de novembro de 2021. O segundo estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), no período de 21 de setembro a 30 de novembro de 2023. Por fim, o terceiro estágio foi desenvolvido numa Unidade de Intervenção Comunitária pertencente ao Departamento de Psiquiatria de um hospital, entre os dias 4 de dezembro de 2023 e 15 de fevereiro de 2024.

1.1. CONTEXTO HOSPITALAR

Entre os anos 2020 e 2022, frequentei o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo concluído todo o plano curricular, com exceção da Dissertação de Mestrado. Uma vez que ainda não tinha completado dois anos de experiência aquando da matrícula no referido curso, não seria possível obter o título de Especialista, mesmo que no momento da conclusão do Mestrado já tivesse adquirido esses anos de experiência. Assim, realizei nova candidatura para o Mestrado com início no ano letivo de 2022/2023, de maneira a poder obter os dois títulos em conjunto.

Foi pedida equivalência às unidades curriculares (UC) realizadas, com exceção da UC de “Ética e Deontologia” que não constava no Plano de Estudos do mestrado que frequentei inicialmente. De igual forma, não foi obtida equivalência ao estágio de cuidados na comunidade e de cuidados diferenciados, uma vez que atualmente integram a UC estágio com relatório, pelo que foi necessário realizar novamente estes dois estágios.

No entanto, foi dada equivalência ao estágio em contexto hospitalar. Desta forma, a contextualização do estágio neste subcapítulo, corresponde ao intervalo temporal de setembro a novembro de 2021.

O estágio foi realizado em contexto de internamento da pessoa com doença mental em fase aguda, num hospital da região centro.

O serviço de internamento conta com uma lotação de 30 utentes, em regime misto. Estruturalmente, apresenta espaços lúdicos com jogos para os utentes, sala de fumo (para consumo de tabaco), sala de convívio e dois refeitórios (onde os utentes são divididos por género durante as refeições).

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros generalistas e EEESMP, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Todas as semanas, são realizadas discussões de casos clínicos entre a equipa e apresentados projetos de investigação.

No que diz respeito a intervenções, este serviço disponibiliza psicoterapia individual ou em grupo, intervenções de psicoeducação individual, em grupo e com a família, terapia electroconvulsiva e programas de relaxamento.

O internamento dos doentes neste serviço, pode ser realizado através da admissão no serviço de urgência psiquiátrica, internamente (por consulta de psiquiatria, hospital de dia ou por encaminhamento por parte da Unidade de Intervenção Comunitária (UIC)) ou externamente (por outro hospital). Este internamento pode ser de carácter voluntário ou compulsivo.

1.2. CONTEXTO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O estágio em contexto de cuidados na comunidade, foi realizado numa UCC, integrada no ACeS do Baixo Vouga.

Esta UCC tem como missão colaborar na melhoria do estado de saúde da população, possibilitando a obtenção de ganhos em saúde, através da prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e de risco, assim como com dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Tem em consideração as necessidades específicas de cuidados de saúde da população da sua área de abrangência, promovendo ações de educação para a saúde e a participação na integração de redes de apoio à família, garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados.

A equipa multidisciplinar da UCC, é constituída por duas enfermeiras especialistas em ESMP, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma enfermeira especialista

em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e uma enfermeira com Mestrado em Cuidados Paliativos.

De maneira a dar resposta à sua missão e às necessidades da comunidade, a UCC apresenta projetos em diversos contextos. No que diz respeito à saúde mental, destacam-se a consulta de alcoologia (em contexto de tratamento do utente/família com dependência de álcool), a Saúde Escolar (com o Projeto “+Contigo” e outras sessões planeadas de promoção da saúde em diferentes idades), a saúde do adulto e idoso (com ações de promoção da saúde mental e do envelhecimento ativo) e o projeto de melhoria contínua com atuação no stress e sobrecarga do cuidador.

A UCC trabalha em parceria com diversas instituições e órgãos de poder locais, de maneira a gerir as necessidades e prioridades da comunidade, e facilitar o acesso à mesma.

No que diz respeito à referenciação para a UCC, esta pode ser realizada através do encaminhamento das diferentes unidades funcionais do centro de saúde, pelas instituições hospitalares, pelos parceiros com quem colabora ou por iniciativa da própria pessoa.

1.3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio em contexto de respostas diferenciadas, foi realizado numa UIC do departamento de Psiquiatria de um hospital da região centro.

A UIC é constituída por seis enfermeiros EESMP, três assistentes sociais e nove médicos. De momento, esta unidade é formada por três Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) divididas por sectores, que atuam em diferentes áreas geográficas, contando cada uma com dois enfermeiros e um assistente social fixos.

As ECSM garantem cuidados diferenciados de saúde mental a uma população específica e que pertence a uma área geodemográfica definida, assumindo essa responsabilidade clínica em ligação com o indivíduo, família e comunidade (Sousa Gago et al., 2023). As ECSM, trabalham em articulação com os Cuidados de Saúde Primários, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e outras estruturas referentes à sua zona de atuação.

Estas ECSM, são responsáveis pela realização de consultas (individuais ou de grupo) aquando das visitas domiciliárias ou em hospital de dia, das diferentes áreas de intervenção profissional, pela realização de intervenções psicoterapêuticas, reabilitação cognitiva e treino de competências sociais, e pela promoção da adesão à medicação e administração de neurolépticos de ação prolongada (NAP).

Desta forma, elas atuam na promoção do tratamento, reabilitação e reintegração psicossocial das pessoas com doença mental grave, desenvolvendo estratégias de promoção da saúde mental e

prevenção da doença mental. Para além disso, procuram incentivar a participação dos utentes e da família no seu plano de tratamento e recuperação, assim como diminuir o estigma, através da sensibilização da família e da comunidade. As diversas atividades da UIC, são desenvolvidas tendo em conta o modelo conceptual do terapeuta de referência.

A referenciação para a UIC pode ser realizada internamente (através de Consulta Externa, Internamento, Hospital Dia, Serviço de Urgência) e informaticamente.

2.DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Em relação ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro, dentro da sua área, desenvolve a sua profissão de acordo com a legislação e os princípios éticos e deontológicos, garantindo que os seus cuidados respeitam as normas profissionais e os direitos humanos (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Assim, de maneira a que o enfermeiro possa basear a sua prática profissional em princípios legais, éticos e deontológicos, é fundamental que tenha conhecimento sobre os regulamentos e documentos legais que regem a profissão, nomeadamente o código deontológico.

No decorrer dos estágios, houve a preocupação de orientar as intervenções e o contacto com os utentes segundo os princípios éticos e deontológicos. De destacar a garantia da privacidade e sigilo profissional, na realização das entrevistas clínicas. A entrevista clínica pressupõe uma colheita de dados através de questões, com o objetivo de perceber o problema de saúde da pessoa e os detalhes necessários para se desenvolverem intervenções adequadas às necessidades da pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). Contudo, a entrevista pode ser um momento desconfortável para a pessoa, uma vez que está a partilhar informação íntima. Desta forma, é necessário garantir um ambiente privado onde a informação não possa ser ouvida por quem não é essencial à prestação de cuidados.

O consentimento informado foi algo que esteve sempre presente nos projetos realizados e na elaboração dos casos clínicos, tendo sido explicado o objetivo das intervenções e esclarecido que os dados colhidos teriam apenas um fim terapêutico e académico, não sendo divulgados dados que comprometessem a identidade das pessoas.

A humanização dos cuidados de saúde, em particular no contexto da saúde mental e da psiquiatria, assume um papel fundamental para a prática dos cuidados do EEESMP, pois exige um equilíbrio constante entre princípios éticos fundamentais, tais como o respeito pelos direitos e dignidade da pessoa, e também pela sua autonomia. Este equilíbrio torna-se particularmente complexo no contexto de internamento compulsivo por agudização da doença mental, uma vez que, tendo em conta as circunstâncias, a autonomia e liberdade do doente estão condicionadas.

Estas condicionantes podem-se manifestar pela imposição dos horários e rotinas, mas também pela tipologia de vestuário que é exigida. As medidas adotadas, embora frequentemente justificadas tendo por base a proteção e segurança da pessoa, devem ser analisadas à luz dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência.

Deste modo, ao longo do estágio em contexto hospitalar, deparei-me com a reflexão relativa à tipologia de vestuário utilizada nos internamentos de psiquiatria. De acordo com as normas preconizadas, um doente internado deverá utilizar um pijama ou roupas hospitalares específicas, com objetivo de limitar o acesso a objetos potencialmente perigosos (como atacadores ou cintos), e desta forma prevenir comportamentos autolesivos ou suicidários.

Contudo, estas diretrizes levantam questões éticas importantes relativamente ao princípio da autonomia, pois a roupa pode ser considerada como um símbolo de identidade e individualidade. Como refere o parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica N.º 03/2023, o uso de roupa pessoal deveria ser opcional, pois a utilização do mesmo iria potenciar o sentimento de identidade pessoal. Privar a pessoa da escolha do seu vestuário habitual, pode ser vivenciado como uma forma de despersonalização, reforçando o sentimento de perda de controlo que a pessoa experiencia no internamento.

Assim, torna-se relevante as reflexões críticas sobre esta temática e a sua reavaliação, pois o papel do EEESMP deve abranger, em primeiro lugar, a segurança da pessoa, mas também a promoção da sua autonomia, mesmo que esta se encontre mais limitada pelas circunstâncias de um internamento. Desta forma, no momento do internamento, poderá ser realizada uma avaliação cuidada do vestuário da pessoa de maneira a evitar a presença de adereços que possam ser perigosos, assim como explicar à pessoa o porquê destas medidas, respeitando o seu direito à dignidade e autonomia.

Ao longo da prática especializada, todo o processo clínico foi guiado pelos princípios orientadores mencionados no Código Deontológico e pelos princípios da beneficência e da não-maleficência, colocando sempre em primeiro lugar as necessidades da pessoa e o seu bem-estar e privilegiando a tomada de decisão da mesma em relação à sua saúde e ao seu processo de recuperação.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Uma das competências que integra este domínio, é a elaboração, revisão e implementação de projetos de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019, 2019). Os projetos de melhoria contínua, visam a melhoria progressiva dos procedimentos e intervenções implementadas, procurando atingir consecutivamente os melhores resultados possíveis (Dias, 2014).

Durante o estágio na UCC, foi solicitado o apoio na revisão de um projeto de melhoria contínua que tinha sido elaborado por uma aluna de outra instituição a frequentar o curso de pós-licenciatura de especialização na mesma área. A UCC solicitou a revisão deste projeto, com o intuito de facilitar a aplicação do mesmo, uma vez que este estava estruturado com um número de sessões mais elevado, sendo que o tempo para a sua implementação, não era compatível com as restantes

atividades planeadas da UCC. O projeto tinha como tema o stress e sobrecarga do cuidador, sendo este mencionado posteriormente no relatório.

Foi também possível implementar o mesmo para duas utentes da UCC, que foram sinalizadas pela enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, que costumava acompanhar os familiares dependentes de ambas. Após o término das sessões e da avaliação, foram discutidos em equipa os aspetos positivos e negativos da implementação deste projeto, permitindo uma adaptação mais favorável às necessidades da população e da UCC.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Nos diversos estágios, tive a oportunidade de participar nas reuniões multidisciplinares das equipas, onde foram discutidos diversos assuntos relacionados com a dinâmica da própria equipa, como também debatidos casos clínicos de utentes por elas seguidos. Foram analisadas situações de conflito, com o objetivo de resolução dos mesmos, e aspetos estruturais ou relacionais que favoreciam ou dificultavam a prestação de cuidados. No que diz respeito aos utentes, os casos clínicos debatidos pressupunham sempre uma reflexão das intervenções planeadas ou realizadas, para uma obtenção dos melhores resultados na saúde do utente.

A participação nestas reuniões, foi uma oportunidade de observar e colaborar nas decisões da equipa de saúde, promovendo uma tomada de decisão mais informada no processo de cuidar (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Além disso, o facto de ter como orientadora a enfermeira coordenadora da UCC, permitiu uma compreensão mais aprofundada da gestão da equipa de enfermagem, e da necessidade de adaptação do estilo de liderança nos elementos da equipa e nas diferentes situações que foram surgindo.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No que concerne a este domínio, a assertividade é a capacidade de uma pessoa se expressar de forma clara, direta e firme, respeitando os seus princípios e o dos outros (Sequeira, 2016). A agressividade é algo que não está presente na comunicação assertiva e existe congruência entre a comunicação verbal e a não verbal, sendo esta adaptada ao contexto e às suas necessidades (Sequeira, 2016). Desta forma, destaca-se a importância da assertividade na criação de relações baseadas no respeito e compreensão mútua.

A frequência nos campos de estágio, ofereceu oportunidades para o treino da assertividade através da interação com os utentes em contextos distintos, pondo em prática a teoria e técnicas que foram aprendidas nas unidades curriculares do mestrado.

No decorrer dos estágios, as intervenções e projetos realizados foram sustentados em evidência científica, uma vez que a prática baseada na evidência é uma forma mais segura e organizada de implementar os cuidados, oferecendo uma previsão de resultados positivos (Peixoto, Pereira, Martins, Martins & Barbieri, 2017). Foi possível um aprofundamento dos conhecimentos anteriormente adquiridos e da aquisição de novo conhecimento em contexto de internamento hospitalar e UIC, no que diz respeito a psicofarmacologia, psicopatologia e intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais, sócio terapêuticas e psicossociais. O estágio na UCC, proporcionou oportunidades para adquirir conhecimento relativo à promoção da saúde mental na adolescência, através das sessões de psicoeducação sobre o sono e ecrãs implementados no 2º ciclo. Para além disso, o estágio na UIC permitiu conhecer uma realidade diferente dos cuidados à pessoa com doença mental grave, o que motivou a procura de bibliografia específica sobre intervenções adaptadas a este contexto.

Após cada interação com os utentes e a equipa de enfermagem, ou após alguma situação atípica, foi realizada uma reflexão interna sobre as atitudes, sentimentos e reações percebidas, com o objetivo de promover o desenvolvimento do autoconhecimento e identificar estratégias para melhorar a prática clínica.

3.DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

3.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

O autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, são fatores fulcrais na prática clínica do EEESMP, uma vez que interferem na capacidade para estabelecer relações terapêuticas e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, sócio terapêuticas e psicossociais, podendo condicionar os resultados esperados (Regulamento n.º 515/2018).

De facto, numa relação terapêutica, o conhecimento e a consciência de si mesmo tornam-se essenciais para “discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos.” (Chalifour, 2008, p.23).

De maneira a promover o desenvolvimento desta competência, é necessária uma constante introspeção e reflexão das emoções sentidas e posturas adotadas nas diferentes situações que vão surgindo ao longo da prática clínica, o que vai permitir uma evolução nos cuidados e obtenção de melhores resultados.

Os estágios frequentados proporcionaram diversas oportunidades de desenvolvimento pessoal, pois foi possível contactar com utentes com diferentes diagnósticos de doença mental e em contextos distintos, levando a uma necessidade de adaptação das interações às características específicas de cada um.

No estágio realizado na UCC, destaco as sessões de Saúde Escolar com o tema “Ecrã desligado, sono bem aproveitado” (Apêndice 1) dinamizadas em turmas do 5º ano de três escolas do concelho. Inicialmente, o contacto com os alunos neste contexto, gerou alguma ansiedade e receio devido à imprevisibilidade do comportamento e das questões que poderiam ser colocadas. No entanto, no decorrer das sessões, fui-me sentindo mais confiança e com maior controlo aquando da dinamização das mesmas. De igual forma, na implementação do projeto de melhoria contínua “Stress e sobrecarga do cuidador” (Apêndice 2) surgiram sentimentos de tristeza e impotência face às circunstâncias que as cuidadoras e os familiares dependentes estavam a vivenciar.

No que diz respeito ao internamento de agudos e às visitas domiciliárias na UIC, apesar de a maioria dos utentes apresentar um comportamento adequado, houve situações pontuais em que demonstraram heteroagressividade verbal. Uma vez que no meu percurso profissional foram raros

os contactos com pessoas com doença mental grave em fase aguda, durante estas situações, senti reações emocionais adversas que podem dificultar o relacionamento com o utente ou comprometer o meu desempenho enquanto enfermeira.

De maneira a tentar perceber e gerir as emoções sentidas durante estes momentos, questionei-me no final de cada uma destas interações, com perguntas como: “que emoções sinto ao longo do contacto com os utentes?”, “por que me sinto desconfortável com esta atitude e/ou reação do utente?”, “o que transmite a minha postura corporal?”, “por que me sinto desta forma?”. Este questionamento e introspeção foram importantes para perceber situações específicas que me provocavam ansiedade e outras emoções negativas, podendo fazer uma gestão das mesmas.

De facto, é essencial “estar consciente da presença em si destas emoções e fazer a sua gestão, dialogando acerca delas (...), a fim de evitar que se expressem de uma forma desadequada podendo desse modo prejudicar a qualidade da relação” (Chalifour, 2008, p.231). Para além disso, este questionamento e tomada de consciência das reações emocionais e os respetivos gatilhos torna-se uma ferramenta fundamental para gestão das emoções, pois sem a sua tomada de consciência, a nossa atuação enquanto profissionais poderá ser afetada e desencadear fenómenos de contratransferência. Segundo Sequeira (2016), o fenómeno de contratransferência é um impasse terapêutico com origem no próprio profissional, podendo manifestar-se por uma preocupação intensa, aversão intensa e/ou ansiedade intensa.

Nas diferentes vivências destes estágios, a principal reação que identifico com potencial de contratransferência, é a ansiedade, o que me impede de ter uma atitude assertiva com o utente, levando à presença da dúvida acerca das minhas competências enquanto enfermeira. Além disso, pude verificar uma linguagem corporal mais defensiva e que se pode tornar incoerente com a informação verbal. Estas emoções são algumas das mais comuns quando os enfermeiros se deparam com um impasse relacional, podendo também ocorrer sentimentos de impotência, frustração, decepção, indignação, cólera e uma ameaça da autoestima (Chalifour, 2008).

Considero que estar atenta a mim mesma e observar as minhas reações, permitiu-me adotar uma postura mais correta e ter um maior controlo sob a ansiedade, favorecendo a minha adaptação a situações com as quais não me sinto tão confortável. Para além disso, os exercícios de questionamento e reflexão sobre as minhas atitudes e emoções, promoveram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, facilitando, de igual forma, as interações com os utentes.

3.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Esta competência define que é fundamental a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, a proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). Para tal, é essencial que durante o processo de avaliação, sejam utilizadas técnicas de comunicação e de entrevista adequadas, observação do comportamento e uma avaliação extensiva do cliente (Regulamento n.º 515/2018). Este processo é essencial para a elaboração e implementação de projetos de cuidados que atuem na promoção do bem-estar e da saúde mental e na prevenção da doença mental na pessoa, comunidade e grupos (Regulamento n.º 515/2018).

De modo a desenvolver esta competência, foram realizadas entrevistas clínicas com o objetivo de adquirir informação relevante sobre o estado de saúde da pessoa para compreender as suas necessidades e estabelecer prioridades.

A entrevista clínica consiste numa interação comunicativa entre o profissional de saúde e a pessoa, família ou grupo com o objetivo de compreender as especificidades e contexto da situação de saúde/doença da pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). Para tal, pode-se recorrer a questões (através de um guião previamente elaborado) e à observação de comportamentos e da linguagem utilizada. A obtenção destes dados é crucial para a determinação de diagnósticos e implementação de intervenções diferenciadas e individualizadas, adequadas ao problema e contexto do mesmo, potenciando uma melhor eficácia (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para a elaboração dos casos clínicos, o guião das entrevistas de colheita de dados foi organizado de acordo com as orientações presentes no livro “Enfermagem em Saúde Mental| Diagnósticos e Intervenções” (Sequeira & Sampaio, 2020).

Ao longo da entrevista, procurou-se compreender a perspetiva dos utentes face à sua situação de doença e os objetivos que pretendiam atingir no futuro. Também foi colhida informação sobre as respetivas famílias e estruturas sociais, que resultou na construção de um Genograma e um Ecomapa, uma vez que eles permitem a contextualização das relações familiares e sociais, e a identificação de redes de apoio. Para além disso, na entrevista clínica foram identificadas as Necessidades Humanas Fundamentais (de Virginia Henderson) e realizado o Exame do Estado Mental.

Uma das intervenções utilizadas no decorrer das entrevistas clínicas, foi a escuta ativa. A escuta ativa é uma intervenção de enfermagem que possibilita a compreensão das necessidades do utente, através da adoção de um comportamento baseado no respeito, interesse e com ausência de juízos de valor ou censura (Sequeira & Sampaio, 2020). Na escuta ativa, a empatia e a compreensão, são

indispensáveis para facilitar a partilha e expressão de sentimentos e pensamentos pelo utente, tendo sempre em atenção a congruência entre a comunicação verbal e não verbal (Sequeira & Sampaio, 2020). Desta forma, ela torna-se uma ferramenta valiosa para o profissional de saúde na obtenção de informações essenciais sobre a situação de saúde/doença do utente.

A colheita de dados foi realizada não apenas para a elaboração de casos clínicos, mas também para a realização de intervenções que exigiam uma avaliação mais detalhada. No estágio em contexto hospitalar, tive a oportunidade de acompanhar a avaliação inicial de utentes durante o acolhimento dos mesmos no serviço, ficando ciente do tipo de informação que a equipa de enfermagem considera necessária para a criação de um plano de cuidados individual para o utente durante o internamento (Apêndice 3). O acolhimento dos novos utentes, facilitou também a escolha do caso clínico e a realização da entrevista de colheita de dados, possibilitando o acompanhamento de um utente desde o primeiro dia de internamento até ao momento da sua alta. De igual forma, no estágio em contexto de respostas diferenciadas, surgiu a oportunidade de realizar um novo caso clínico (Apêndice 4), podendo treinar uma entrevista de colheita de dados completa nestes dois momentos.

Durante as entrevistas, foram também utilizados instrumentos de avaliação que serviram como ferramenta de apoio para a elaboração dos diagnósticos, planos de cuidados e intervenções realizadas nos diferentes estágios. Entre os instrumentos utilizados, destacam-se: o Teste De Diminuição Cognitiva De 6 Itens (6CIT) adaptado por Apóstolo & Paiva (2015), a Escala De Bem-Estar Psicológico (Versão Reduzida) de Novo, Silva & Peralta (2004), a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira em 2007 e questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test – versão portuguesa, validada por Cunha (2002)). Sempre que indicado, estes instrumentos foram aplicados antes e após as intervenções, contribuindo para a avaliação da sua eficácia.

Durante o estágio na UCC, foram realizadas entrevistas iniciais consoante os contextos e necessidades. De destacar as entrevistas realizadas no domicílio em contexto do Projeto de Melhoria Contínua “Stress e Sobrecarga do Cuidador” e a colheita de dados inicial realizada nas consultas de alcoologia, ambas com um guião previamente elaborado e aprovado pela equipa. Os dados colhidos em ambas as entrevistas eram, inicialmente, de carácter sociodemográfico e no caso do Projeto de Melhoria Contínua, as restantes questões abordavam temas relacionados com as características dos cuidados prestados pelo cuidador informal (horas, recursos disponíveis, apoios, dificuldades, receios). Relativamente à colheita de dados nas consultas de alcoologia, eram abordadas questões sobre as características do consumo de álcool (duração do consumo, quantidades, história familiar) e as consequências que advieram deste consumo.

O projeto de Terapia de Reminiscência também foi uma intervenção significativa que necessitou de uma colheita de dados inicial e aplicação de instrumentos de avaliação pré e pós intervenção (Apêndice 5). Este projeto teve como objetivo geral “Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência”, mas também como objetivos específicos “Promover o bem-estar” e “Diminuir o isolamento social”, uma vez que foi realizado em grupo. As atividades em grupo, oferecem diversas vantagens por apresentarem um grande potencial terapêutico ao promoverem a interação social e a comunicação (Gil, 2019). Optou-se por realizar estas sessões numa dinâmica de grupo aberto, tendo em conta as características e normas de funcionamento do parceiro da UCC onde foram realizadas estas sessões, que permite a integração de novos elementos a meio das atividades e projetos. No entanto, uma vez que esta intervenção não tem uma sequência fixa, não houve oposição ou constrangimentos na entrada dos novos participantes. Porém, o grupo original manteve-se até ao fim das sessões, permitindo uma avaliação do mesmo. Deste grupo, houve um participante que foi excluído do tratamento de dados, uma vez que não cumpria os critérios de inclusão, por apresentar um score superior a 20 no teste 6CIT. No entanto, tendo em conta os objetivos propostos, acabou por participar em todas as sessões, pois mostrou interesse em integrar as atividades da terapia de reminiscência. Apesar da sua participação ao longo das sessões ter sido diminuta, houve uma sessão com temática musical que incentivou o seu envolvimento, cantando algumas das músicas juntamente com os restantes participantes. Desta forma, a sua participação acabou por ser benéfica na estimulação cognitiva, na evocação de memórias a longo prazo e também na diminuição do isolamento social.

Por fim, foi realizada uma ação de sensibilização para a saúde mental numa feira da saúde do concelho onde se insere a UCC (Apêndice 6). Foram distribuídos marcadores de livros com estratégias para promover a saúde mental e realizados jogos educativos para adultos e crianças, com o objetivo de desmistificar a doença mental e promover comportamentos saudáveis.

Nos diversos momentos de colheita de dados, apenas foi adquirida informação pertinente para a situação de saúde/doença da pessoa ou grupo, pois o principal objetivo foi a definição de focos relevantes e priorizar as intervenções, de maneira a ter uma atuação mais favorável e obter resultados mais eficazes.

3.3. 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

O EEESMP realiza uma análise e interpretação dos dados colhidos durante a entrevista clínica, de maneira a poder identificar focos de atuação e elaborar diagnósticos de saúde mental. O objetivo

principal, é a elaboração e negociação de um plano de cuidados em parceria com o cliente, contendo intervenções de enfermagem baseadas na evidência que se focam na promoção e proteção da saúde mental, prevenção da doença mental e melhoria da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, considerando o seu ciclo vital e as respostas individuais aos seus problemas de saúde (Regulamento n.º 515/2018). Utiliza, também, o método de gestão de caso com terapeuta de referência para coordenar os cuidados e assegurar a sua continuidade, tendo em conta as necessidades da pessoa e da equipa (Regulamento n.º 515/2018).

De forma a dar resposta a esta competência, após a colheita de dados, foram desenvolvidos dois planos individuais de cuidados (PIC) como estudos de caso, no estágio em contexto hospitalar e no estágio em contexto de respostas diferenciadas. Para isso, foi fundamental a identificação dos focos que se encontravam comprometidos e a elaboração de intervenções personalizadas, considerando a perspetiva do utente e promovendo a sua participação ativa na gestão do seu tratamento.

De maneira a sustentar a prática clínica e a tornar as intervenções desenvolvidas mais adequadas a cada indivíduo, família e comunidade, recorreu-se aos seguintes referenciais teóricos: a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2015) e a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau (1990).

De acordo com Meleis (2010), uma transição é potenciada por eventos e mudanças críticas no indivíduo ou no ambiente, ocorrendo uma passagem entre estados relativamente estáveis, exigindo uma adaptação a novas realidades. Uma transição é um processo dinâmico, singular e complexo, provocando instabilidade e sentimentos de incerteza. A teoria das transições identifica quatro tipos de transições: desenvolvimental, situacional, de saúde/doença e organizacional, podendo estas ocorrer de forma isolada ou em simultâneo (Meleis, 2010).

Assim, de acordo com este modelo, o enfermeiro atua como facilitador da transição, apoiando o indivíduo a incorporar novas aprendizagens, modificar comportamentos, mobilizar recursos e a reconstruir a sua identidade, tendo como objetivo alcançar a mestria da sua nova realidade (Meleis, 2010).

Desta forma, destaca-se a importância de o enfermeiro compreender a pessoa que está a vivenciar um processo de transição, sendo necessário não só conhecer as suas características individuais, como também da comunidade onde se insere, com o intuito de reconhecer os fatores facilitadores e inibidores para o processo de transição (Meleis, 2010).

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais proposta por Peplau, as relações interpessoais entre enfermeiro e cliente estabelecem-se como foco central na prática dos cuidados de enfermagem (Parker & Smith, 2010). Esta teoria organiza o processo de enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, que culmina no desenvolvimento de uma relação

terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, facilitando a adesão ao plano de cuidados e promovendo a eficácia das intervenções (Parker & Smith, 2010).

A relação entre o enfermeiro e o cliente é objetiva, focada nas necessidades da pessoa e nas suas dificuldades. De maneira desenvolver intervenções mais adequadas para a pessoa, o enfermeiro tem de estar munido não apenas de conhecimento teórico, mas também de competências comunicacionais, sociais e interpessoais, revelando um autoconhecimento e consciência de si mesmo (Parker & Smith, 2010).

Para a determinação dos focos, intervenções e respetivas atividades de enfermagem, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) 2019 (com acesso online no ICN Browser) e ao livro "Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções" de Sequeira e Sampaio (2020). A CIPE, enquanto terminologia padronizada, permite a obtenção de dados fiáveis sobre a prestação de cuidados, sendo essencial para a documentação dos cuidados de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

No estágio em contexto hospitalar, consegui acompanhar um utente desde a sua admissão no serviço, com o diagnóstico médico de “perturbação delirante crónica”. Contudo, apesar do utente ter tido alta antes do término do estágio, não foi possível estar presente no momento em que esta ocorreu. Na criação deste PIC, foram elaborados diagnósticos de enfermagem, tais como “processo de pensamento comprometido [delírio de ciúme]” e “potencialidade para melhorar capacidade para gerir o regime terapêutico”, ao que se seguiu a prescrição e implementação de cuidados de enfermagem gerais e especializados (Apêndice 3).

Ao desenvolver uma relação de confiança com o utente, foi possível a criação do PIC em parceria com o mesmo, possibilitando um plano mais individualizado e personalizado, mas também tornando-o responsável pelo seu processo de recuperação. Apesar de não ter sido possível uma inversão total da atividade delirante, verificou-se uma melhoria no insight do utente, tendo tido a oportunidade de realizar as intervenções a que me propus no plano de cuidados que tiveram ganhos na promoção da aceitação do seu estado de saúde.

Ainda em relação a este estágio, foi possível acompanhar outros utentes, para além do que me foi atribuído para realização do PIC. Pude contactar com uma utente jovem adulta com diagnóstico de personalidade borderline que, no fim do internamento, referiu sofrer de violência no namoro por parte do namorado. Tendo em conta esta experiência e o gosto pessoal por esta área, decidi abordar esta temática na componente de investigação. Mais especificamente, na área da prevenção, uma vez que a prevenção primária pode ter ganhos na redução deste tipo de violência e é um tipo de intervenção que pode ser realizado pelo EEESMP em contexto comunitário ou escolar.

Em relação ao estágio na UIC, foi possível observar a organização das equipas comunitárias que baseiam a sua prática no método de gestão de caso, com atribuição de um terapeuta de referência. O método de gestão de caso, pressupõe o apoio e a gestão do tratamento do utente, o que implica um contacto próximo e contínuo do profissional de referência com a pessoa, promovendo a melhoria dos cuidados e a articulação com os diferentes serviços (Brito, 2018).

O terapeuta de referência (TR) desempenha um papel fundamental na gestão de casos em saúde mental, sendo uma ligação entre o cliente e a equipa de saúde. O TR tem como principal função, a capacitação da pessoa para lidar com a sua doença, promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping*, tendo em atenção o seu potencial e competência para a mudança, de maneira a melhorar a sua qualidade de vida (Martins, Machado, Gouveia, Carvalho & Renca, 2021). As intervenções do TR podem incluir consultas de enfermagem em saúde mental, intervenções em contexto domiciliário, de internamento ou de hospital de dia, intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas, tanto em contextos individuais como familiares e comunitários (Martins, et al., 2021). A continuidade do contacto com o utente, é essencial para garantir a eficácia destas intervenções, assim como a adaptação do plano de cuidados às necessidades que vão surgindo.

Desta forma, no desenvolvimento do PIC, foram considerados a metodologia de organização do tratamento dos utentes pelo método de gestão de caso e o papel do EEESMP como terapeuta de referência.

Procurei desenvolver o processo de enfermagem sob o ponto de vista do EEESMP, envolvendo o utente no seu processo terapêutico, delineando objetivos em conjunto com os enfermeiros da ECSM que acompanhei, e prescrevendo intervenções com vista à manutenção e promoção da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária e à prevenção de complicações em saúde.

Estas intervenções, visam contribuir para a adequação das respostas à pessoa com doença mental e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), evitando o agravamento da sua situação clínica e promovendo a recuperação e reabilitação através do *empowerment* e do *recovery*, melhorando a qualidade de vida da pessoa com doença mental e família (Regulamento nº 356/2015).

Segundo a OE (2011), o *recovery* é um processo individual, que envolve mudanças nas atitudes, habilidades, valores, sentimentos e objetivos da pessoa. O conceito de *recovery* não se limita à remissão dos sintomas, mas sim a uma vivência em que a pessoa atribui um novo significado à vida e reconquista o controlo sobre a mesma, aceitando a sua doença mental e aumentando a esperança, autoconfiança e participação social (Martins, Machado, Gouveia, Carvalho & Renca, 2021).

O EEESMP apoia a pessoa ao longo deste processo através da promoção do empowerment, ou seja, capacitando a pessoa para tomar decisões informadas e gerir a sua doença com responsabilidade e autonomia (Martins, Machado, Gouveia, Carvalho & Renca, 2021).

Assim, foi estruturado um plano individual de recuperação, baseado no Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR) (que está em uso na UIC), como intervenção pertencente ao diagnóstico “potencialidade para melhorar adesão ao regime terapêutico” (Apêndice 4). Este plano tem como finalidade a promoção do processo de recuperação, dotando a pessoa de ferramentas para lidar com a doença mental e tomar as suas próprias decisões em relação ao seu tratamento. Este plano está delineado para ser realizado nas datas de administração do neuroléptico de ação prolongada (NAP). Os principais objetivos consistem no ensino sobre a doença mental e estratégias de tratamento, redução de sintomas e estratégias para lidar com os mesmos, redução de recaídas e hospitalizações, e na definição e execução de objetivos pessoais para a sua recuperação.

O EEESMP faz a gestão do regime medicamentoso e audita a toma de medicamentos (no domicílio, internamento ou centro de saúde), com o objetivo de minimizar a sintomatologia psiquiátrica e melhorar a funcionalidade, especialmente em situações de doença mental grave (Regulamento n.º 515/2018). Na UIC, o EEESMP tem como intervenção a administração de NAP, que pode ser administrado em contexto de hospital de dia ou em visita domiciliária. A administração do NAP pelo EEESMP não só garante a adesão ao regime terapêutico, como também proporciona uma oportunidade para a avaliação do estado de saúde mental da pessoa, permitindo intervenções rápidas em caso de alterações significativas ou o encaminhamento para outros serviços.

3.4. PRESTA CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SOCIOTERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE

Esta competência diz respeito à implementação de intervenções prescritas com o intuito de apoiar a pessoa a alcançar um estado de saúde ideal, adaptando-se e integrando a si mesmo e à sua situação de saúde/doença, através de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 515/2018). A recuperação da saúde mental da pessoa e a aquisição de um padrão de funcionamento saudável, exige do EEESMP a capacidade para interpretar e individualizar estratégias recorrendo a várias atividades (Regulamento n.º 515/2018).

O desenvolvimento desta competência decorreu da observação e colaboração com os EEESMP que me acompanharam ao longo dos três estágios que frequentei, da procura de novo

conhecimento e reforço do conhecimento previamente adquirido e da implementação e treino das diversas atividades e intervenções que englobaram cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais de carácter individual e em grupo.

As intervenções psicoterapêuticas, podem ser definidas como “a execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais” (Sampaio & Sequeira, p. 171, 2020). Por sua vez, a psicoeducação, segundo Sampaio & Sequeira (2020), é uma forma específica de educação, tendo como foco as atitudes e comportamentos de saúde do indivíduo. Esta integra uma componente educativa, que visa dotá-lo de conhecimentos acerca do problema/doença e uma componente de suporte emocional, que aborda a gestão de emoções, das expectativas, entre outras. De salientar que a psicoeducação constitui uma das atividades mais desenvolvidas pelo EEESMP e é uma das ferramentas mais eficazes no aumento da literacia em saúde mental, bem como na sua promoção, desmitificação e redução do estigma associado à mesma.

No que diz respeito às intervenções sócio terapêuticas e psicossociais, estas têm como finalidade a promoção da autonomia, reabilitação psicossocial e funcionalidade pessoal, social, familiar e profissional da pessoa com doença mental, através do desenvolvimento das competências pessoais e alterações ambientais (Regulamento n.º 515/2018).

No estágio em contexto de internamento, desenvolvi e implementei intervenções baseadas na estimulação cognitiva, uma vez que muitos dos utentes internados naquele horizonte temporal apresentavam compromisso da cognição, executando intervenções baseadas na estimulação cognitiva de maneira a melhorar as diversas áreas afetadas. Para tal, foram analisadas as necessidades específicas dos utentes e selecionados os exercícios de acordo com as mesmas. As intervenções foram realizadas individualmente ou em pares, de maneira a permitir um apoio mais personalizado ao utente e a facilitar a avaliação do seu desempenho.

Na preparação para a alta dos utentes (do caso clínico e dos utentes que me foram atribuídos nos turnos), foi possível a realização de intervenções breves e individuais de carácter psicoeducativo, tendo sido abordados os diferentes ensinamentos relativos à gestão do regime terapêutico e medicamentoso, assim como prevenção de recaídas. No entanto, estas intervenções não foram realizadas por sessões, tendo sido executadas conforme a necessidade dos utentes e a sua disponibilidade para participar na intervenção.

No Dia Nacional da Saúde Mental, realizaram-se atividades programadas com o objetivo de promover o bem-estar e a saúde mental dos utentes. Foram planeadas atividades para os utentes da parte da manhã e da parte da tarde, no entanto, foi necessário ajustar o plano das atividades por

questões relacionadas com o serviço, tendo sido realizadas todas as atividades no turno da tarde. Estas atividades foram realizadas em grupo, tendo proporcionado um momento de interação social entre os utentes. As intervenções planeadas corresponderam às seguintes temáticas: exercício físico, alimentação saudável, sono, interação social e estimulação cognitiva. Foi explicado aos utentes os benefícios de cada um destes parâmetros para o seu bem-estar e saúde mental, sendo realizadas atividades alusivas a estes temas.

Tive a oportunidade de assistir e participar na dinâmica de grupo com o tema “Semáforo das emoções”, intervenção incluída nas atividades planeadas do serviço. Tem como objetivo a estimulação da inteligência emocional, permitindo ensinar a reconhecer, trabalhar e lidar com os sentimentos e emoções. Foi também possível visitar o Hospital de Dia (HD) durante um turno, pelo que participei na sessão de grupo daquele dia cuja intervenção realizada foi o treino de relaxamento, segundo um guião aprovado e utilizado pelo HD da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

Em relação ao estágio realizado em contexto de UCC, já foram referidas algumas intervenções e projetos desenvolvidos noutros capítulos, pelo que irei abordar as restantes e explorar um pouco mais as que também considero relevantes para este capítulo.

A pedido de um dos parceiros da UCC, foi realizada uma sessão intitulada “Cuidar na Demência” para técnicos de ação cultural e social que irão desenvolver e executar atividades junto de pessoas com demência (Apendice 7). A sessão teve como objetivo dotar os técnicos de conhecimento sobre a demência, assim como estratégias que poderão utilizar para facilitar o contacto com pessoas com demência.

A sessão foi constituída por duas partes, utilizando inicialmente um método expositivo (com informação teórica sobre a demência) e, no final, um método interrogativo e participativo (com discussão de diferentes estratégias e esclarecimento de dúvidas).

Como já foi referido, foi solicitado o apoio na revisão do Projeto de Melhoria Contínua intitulado “Stress e sobrecarga do cuidador”, com o intuito de facilitar a aplicação do mesmo pela UCC. Este projeto é composto por quatro sessões, sendo duas obrigatórias e duas opcionais. Na primeira sessão, após a avaliação inicial, aplicação de instrumentos de avaliação e resumo do projeto, é entregue um manual do cuidador. A segunda sessão consiste na psicoeducação sobre o papel de prestador de cuidados, no stress do cuidador e nas estratégias de *coping*. As sessões opcionais, dizem respeito ao treino do relaxamento e ao processo de luto, sendo realizadas consoante as necessidades do cuidador. Tive a oportunidade de implementar este projeto com duas familiares de utentes que estavam a ser seguidas pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI),

tendo sido realizadas a sessão opcional do treino do relaxamento com uma e a sessão opcional sobre o processo de luto com outra.

Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar as consultas sob orientação da EEESMP. Na primeira consulta, é solicitado aos utentes que clarifiquem o motivo que levou ao encaminhamento dos mesmos para esta consulta. Pretende-se, de igual forma, perceber a motivação do utente para a mudança. As consultas seguintes têm como função aumentar a motivação do utente para a mudança e apoiá-lo neste processo. Desta forma, a intervenção do EEESMP passa por apoiar na manutenção das mudanças alcançadas, reforçar os ganhos alcançados com as mudanças e prevenir recaídas (Sequeira & Sampaio, 2020). A atuação do EEESMP neste contexto, é ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (OE, 2018).

A realização destas consultas é de extrema importância para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente nos cuidados psicoeducacionais, psicoterapêuticos e psicossociais, uma vez que é necessário compreender a intervenção mais adequada no momento da consulta, tendo em consideração as características de cada utente e o seu estadió no processo de mudança.

Relativamente à Saúde Escolar, tive a oportunidade de realizar a dinamização da sessão de educação para a saúde, incluída no Programa de Saúde Escolar, intitulada “Ecrã desligado, sono bem aproveitado”. A sessão encontrava-se previamente validada pela UCC e foi autorizada pelas escolas para ser efetuada neste ano letivo como parte das atividades integrantes do Plano de Saúde Escolar.

Esta sessão é realizada junto dos alunos do 5º ano que frequentam as escolas abrangidas pela UCC, e aborda a temática do sono, da saúde mental e da influência que a luz azul emitida pelos ecrãs tem no sono (Apêndice 1). É importante que os alunos entendam os riscos da utilização de dispositivos eletrónicos na qualidade do sono, mas também na sua saúde mental. Sendo uma sessão direcionada para a comunidade escolar e que aborda a temática da saúde mental, a participação do EEESMP nesta sessão é uma mais-valia, pois assiste a pessoa na comunidade otimizando a saúde mental e presta cuidados psicoeducacionais, psicossociais na comunidade de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2018).

Por fim, desenvolvi um projeto de intervenção de “Terapia de Reminiscência”, realizado em colaboração com um dos parceiros da UCC, que já foi mencionado anteriormente. Apesar de terem sido planeadas seis sessões, devido a um atraso no início deste projeto, apenas se realizaram cinco. Estas sessões, abordaram diferentes temáticas do passado dos participantes, como: a terra onde cresceram, brinquedos e jogos que usaram, a escola que frequentaram, músicas do seu tempo e épocas festivas, sendo que cada sessão teve uma duração aproximada de 60min. Como já foi

referido no ponto 3.2., as intervenções em grupo podem apresentar várias vantagens para a saúde. Especificamente na terapia de reminiscência, quando realizada em grupo, pode promover a saúde mental e um envelhecimento saudável, uma vez que, para além de reforçar a identidade da pessoa e preservar um sentido de controlo, vai também produzir ganhos a nível social e no seu bem-estar (Gil, 2019).

Relativamente ao estágio em contexto de cuidados diferenciados realizado na UIC, já foi mencionado que as intervenções eram realizadas tanto em contexto de visita domiciliária, como de hospital de dia. As visitas domiciliárias são sempre incorporadas por pelo menos um EEESMP e um assistente social, podendo em algumas visitas estarem dois enfermeiros.

O foco das atividades realizadas pelas ECSM é reabilitação do utente, o que inclui as suas competências relacionais, de organização pessoal e doméstica, a integração social e o acesso aos recursos na comunidade para pessoas com doença mental. Assim, os serviços prestados por estas equipas têm como finalidade a promoção da funcionalidade e autonomia do utente, da sua recuperação e integração familiar e social, facilitando o acesso a atividades ocupacionais e profissionais. Além disso, as ECSM prestam apoio no envolvimento e formação de familiares e cuidadores informais, supervisionam e gerem a medicação, garantem o acesso a cuidados médicos e facilitam a articulação com outras estruturas de reabilitação psicossocial.

Na prática diária dos cuidados na UIC, as intervenções breves e não planeadas são frequentes, tornando-se imprescindível a capacidade de adaptação do EEESMP às necessidades específicas da pessoa e ao contexto em que se encontra inserido. Contudo, existem intervenções que são recorrentes e transversais a vários utentes e familiares, como a promoção da adesão ao regime terapêutico, reabilitação cognitiva, treino de competências sociais, promoção do insight e capacidade para lidar com os sintomas da doença, diminuição do stress do cuidador e o aumento do conhecimento sobre a doença mental na pessoa e família.

A regularidade dos contactos com a pessoa com doença mental grave, permite uma vigilância mais frequente e com maior proximidade do mesmo, facilitando a deteção de alterações no comportamento ou pensamento. Desta forma, o EEESMP, consegue ter uma atuação mais eficaz, desenvolvendo intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas personalizadas em cada visita domiciliária ou sessão de HD, consoante as necessidades detetadas.

Assim, considerando o que foi referido anteriormente, posso afirmar que, ao longo deste processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da ESMP, fui capaz de obter ganhos em saúde mental e no bem-estar das pessoas, famílias e comunidades que acompanhei no decorrer destes três estágios. Para além disso, sinto que cresci enquanto pessoa e profissional, tendo aumentado o autoconhecimento, a consciência de mim mesma e a capacidade de refletir sobre a

minha prática dos cuidados. Este percurso permitiu-me ainda reforçar competências comunicacionais, relacionais e técnico-científicas fundamentais para uma intervenção centrada na pessoa, baseada na evidência científica e orientada para a promoção da saúde mental e intervenção na pessoa com doença mental.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Programas e Estratégias de Prevenção da Violência no Namoro em Adolescentes

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Violência no namoro (VN) corresponde a um tipo de violência nas relações de intimidade que ocorre num contexto de uma relação de namoro, podendo ocorrer em casais do mesmo género ou de géneros diferentes (Wolfe & Temple, 2018). Nesta ScR, será feita referência à violência no namoro na adolescência (VNA), nomenclatura que define a VN nesta faixa etária (Niolon, et al., 2017).

A VN pode contemplar diversos tipos de violência, tais como física (através de murros, bofetadas, empurrões ou agressão com o auxílio de objetos), psicológica (manipulação, insultos, comentários degradantes e humilhantes, ameaças, controlo da liberdade do namorado/a, etc) e sexual (Niolon, et al., 2017; Meiksin, et al., 2020; Wolfe & Temple, 2018; Leitão, M.N., 2013).

Estas formas de violência podem ser concretizadas isoladamente ou em conjunto, podendo constar de um episódio único ou ocorrerem de forma contínua e crónica, prolongando-se ao longo dos anos (Wolfe & Temple, 2018).

Existem alguns fatores conhecidos que podem ser considerados de risco para a prática de VN, podendo estes ser socio demográficos, como o caso da idade (em especial em adolescentes e jovens adultos), características do local onde vivem, estatuto económico e habilitações literárias. As características do grupo de amigos em que se inserem, o ambiente escolar e as suas normas, a própria dinâmica das relações de namoro, as normas culturais relativas à agressividade e o estatuto social da mulher no país onde vivem, podem, de igual forma, exercer influencia na VN (Wolfe & Temple, 2018).

Para além disso, alguns fatores individuais e características biológicas e psicológicas da pessoa, podem também ter implicações na VN, tais como o stress e ansiedade, personalidade antissocial, consumo de substâncias, utilização de um estilo de comunicação agressivo, crenças na desigualdade de género e prática de outras formas de violência (Niolon, et al., 2017; Wolfe & Temple, 2018).

De facto, a VN pode estar associada a outras expressões de violência. Estar exposto a violência entre os pais ou cuidadores e sofrer de abuso ou negligência na infância, pode aumentar a probabilidade de exercer ou de sofrer VN no futuro. Para além disso, adolescentes que praticam ativamente *bullying* entre colegas, têm uma maior probabilidade de vir a praticar VN numa relação. Por sua vez, adolescentes que tenham sido vítimas de *bullying* ou de outras formas de violência, têm um maior risco de vir a sofrer de VN, ou de voltar a passar por uma situação de VN se anteriormente estiveram expostos à mesma. Para além disso, as vítimas de VN estão mais vulneráveis ao risco de ideação suicida (Niolon, et al., 2017).

As diferentes formas de violência partilham vários fatores de risco para a sua perpetuação, o que sugere uma interligação entre elas e fornece pistas para a sua prevenção (Niolon, et al., 2017).

Contudo, são também conhecidos alguns fatores de proteção para a VN, tais como a empatia, autoestima, relações positivas com os pais e uma ligação próxima com a escola. Para além disso, o desenvolvimento positivo de habilidades como as comunicacionais, socio emocionais, autocontrolo da agressividade e resolução de conflitos, também se apresentam como fatores de proteção individuais. Apesar de ser necessária mais informação sobre a influência de fatores de proteção ambientais, considera-se que pode existir uma correlação entre culturas que não toleram ou não aceitam a VN e a diminuição desta forma de violência. As oportunidades económicas e a segurança habitacional, são outros fatores que podem favorecer a prevenção da VN (Niolon, et al., 2017).

Desta forma, é possível constatar que a perpretação da VN dificilmente será influenciada apenas por um dos fatores de risco ou características pessoais do agressor e da vítima, mas sim por um conjunto desses fatores e características (Wolfe & Temple, 2018).

Segundo o Observatório da Violência no Namoro (ObVN), uma iniciativa da Associação Plano i, cujo objetivo é a recolha e divulgação de informação relativa à VN em Portugal, foram registadas 440 denúncias entre abril de 2017 e dezembro de 2022 (Neves et al., 2023). De acordo com as estatísticas, apenas 8% dos denunciantes eram atuais vítimas, sendo os restantes 47,5% ex-vítimas e 44,5% testemunhas (maioria psicólogos e colegas de escola ou universidade). No que diz respeito ao perfil das vítimas, 87,5% eram mulheres, 11,4% homens e 0,7% identificaram-se com outro género. A média de idades das vítimas era 23,07 anos, sendo a maioria das vítimas estudantes. No que concerne aos agressores, 88,9% eram homens e 10,7% mulheres, com uma média de idades de 24,86 anos. Estas denúncias ocorreram maioritariamente nos distritos do Porto, Lisboa e Braga (Neves et al., 2023).

Como visto anteriormente, a VN pode adquirir diferentes formas, que podem ser praticadas de forma isolada ou em conjunto. No estudo do ObVN, observou-se que os tipos de VN mais prevalentes são a emocional, verbal e psicológica, seguindo-se o controlo e a violência física. Relativamente aos motivos que levaram os agressores a cometer este tipo de violência, o ciúme foi apresentado como a principal causa, sucedendo-se a presença de doença mental no agressor e consumo de álcool e outras substâncias aditivas pelo agressor (Neves et al., 2023).

De acordo com o Código Penal Português, a VN está enquadrada na tipologia de violência doméstica, sendo considerado um crime público (Código Penal Português, 2017). A violência doméstica contempla qualquer ato de maus-tratos físicos ou psicológicos, incluindo a privação de liberdade e o acesso a bens monetários (Código Penal Português, 2017). Apesar deste estatuto, 76,6% das vítimas não realizaram qualquer denuncia às autoridades (Neves et al., 2023).

Estes dados estatísticos podem fornecer pistas importantes sobre os objetivos e temas a abordar na prevenção da VN em Portugal, principalmente no que concerne à idade em que devem ser realizados os programas de prevenção. Uma vez que a média de idades das vítimas é 23,07 anos e a média de idades dos agressores 24,86, a prevenção da VN pode ter mais ganhos se for realizada na fase da adolescência.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que se encontra inserida entre a infância e a fase adulta, ocorrendo processos de crescimento e desenvolvimento a diversos níveis (Mikkelsen et al, 2020). Segundo a WHO (2024), esta fase compreende as idades entre os 10 e os 19 anos.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por transformações a nível físico, cognitivo e psicossocial. No que diz respeito ao nível físico, as mudanças verificadas envolvem o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde (Papalia & Feldman, 2013). Relativamente ao nível cognitivo, vai ocorrer um desenvolvimento nas “habilidades mentais, tais como aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade” (Papalia & Feldman, 2013, p.37). Por fim, no desenvolvimento psicossocial os aspetos de mudança ocorrem a nível das emoções, personalidade e relações sociais (Papalia & Feldman, 2013).

Assim, o adolescente vai passar por transformações a nível biológico, social, cognitivo e emocional, procurando a autonomia e desenvolvendo a autoestima e a sua identidade. Habitualmente, esta fase do desenvolvimento decorre de forma saudável e segura. No entanto, a perceção da vivência de todas estas mudanças, pode ter uma influência negativa na vida do adolescente, originando um período de crise com um marcado conflito interno (Feliciano & Afonso, 2012).

Conforme descrito na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2015), a adolescência pode ser entendida como um tipo de transição desenvolvimental. Segundo a autora, uma transição implica uma mudança significativa que vai exigir do indivíduo a incorporação de novas vivências e a reformulação da sua forma de ser e de estar. No caso específico desta fase do desenvolvimento, o processo de passagem da infância para a adolescência pode estar associado a desafios ao nível da saúde física e da saúde mental, podendo motivar a adoção de comportamentos de risco ou à exposição de fatores externos que terão implicações no seu bem-estar. Esta transição pode ficar comprometida quando o adolescente enfrenta obstáculos na adaptação às mudanças decorrentes desta fase e na construção da sua identidade.

A adolescência pode ser dividida em três partes: pré-adolescência (dos 10 aos 13 anos), onde se iniciam as diversas transformações intrínsecas a esta fase, sendo bastante marcada pelas mudanças físicas; a adolescência média (dos 14 aos 16 anos), mais centrada nas mudanças

internas e cognitivas, verificando-se um afastamento dos pais e um aumento do convívio com os pares sem supervisão de adultos; e a adolescência final (acima dos 17 anos), onde se conclui o desenvolvimento corporal, e em que o adolescente alcança uma maior independência e tenta integrar a sua imagem corporal à sua personalidade (Lozano & Ordaz, 2018).

No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, existem dois estádios propostos por Piaget que são sobreponíveis às idades que compreendem a fase da adolescência, sendo estas o estádio das operações concretas (dos 7 até aos 11 anos) e o estádio das operações formais (a partir dos 11 anos) (Papalia & Feldman, 2013). No estádio das operações concretas, que ocorre até aos primeiros dois anos da pré-adolescência, surge o pensamento lógico e a capacidade de realizar operações mentais. No estádio das operações formais, já adquirem a capacidade de pensamento abstrato e do raciocínio hipotético-dedutivo (Papalia & Feldman, 2013). Contudo, existem algumas teorias que sugerem que o desenvolvimento cognitivo não termina no último estádio proposto por Piaget. O pensamento pós-formal surge, habitualmente, no início da vida adulta e com a entrada para a faculdade, podendo sobrepor-se à adolescência final que vai até aos 19 anos. O pensamento neste estádio é mais flexível, recorrendo à lógica, emoção e intuição (Papalia & Feldman, 2013). Deste modo, podem existir diferenças na cognição entre a adolescência média e a adolescência final.

É na adolescência que surge a necessidade de se tornar independente em relação aos pais, havendo uma mudança na hierarquia das suas relações interpessoais. Desta forma, vai começar a valorizar mais as relações e as opiniões dos seus pares, procurando alcançar um sentimento de pertença em relação a estes (Lozano & Ordaz, 2018).

Segundo a teoria ecológica de Bronfenbrenner, o desenvolvimento humano é influenciado por quatro dimensões: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (Benetti et al., 2013). Em relação ao processo, este diz respeito às “interações recíprocas que acontecem de maneira gradativa, em termos de complexidade, entre o sujeito e as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato” (Bronfenbrenner y Morris, 2006, como referido por Benetti et al., 2013, pp.92). A dimensão da pessoa abrange os factores biológicos, genéticos e características pessoais dos indivíduos (Benetti et al., 2013). Relativamente ao contexto, este é “caracterizado por qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa em desenvolvimento, e apresenta-se classificado em quatro subsistemas socialmente organizados, que auxiliam a amparar e nortear o ser em crescimento” (Benetti et al, 2013). Esses subsistemas são: microssistema (ambientes onde ocorrem as diversas atividades, interações e implementação de papéis do indivíduo); mesossistema (interação de dois ou mais microssistemas que podem promover ou inibir o desenvolvimento); exossistema (interação entre dois ou mais ambientes dos quais o indivíduo não se encontra inserido) e macrossistema (compreende os padrões dos três contextos anteriores, como os costumes sociais, políticos, culturais, crenças e valores) (Benetti et

al, 2013). Por último, temos a dimensão do tempo, que se refere à medida temporal e ao efeito desta nos restantes sistemas (Benetti et al., 2013).

Assim, de acordo com Bronfenbrenner, os adolescentes, ao longo do seu desenvolvimento, vão sofrer influência dos diversos contextos onde estão inseridos (Leão, Souza & Castro, 2015). De facto, nesta idade, verifica-se uma maior influência dos pares, pertencentes às estruturas que se encontram no microssistema dos adolescentes. Esta influência pode ser positiva ou negativa, podendo interferir nas suas atitudes e comportamentos, mas também na sua saúde mental e no seu bem-estar. É também nesta fase que o adolescente inicia um processo reflexivo, acerca dos valores, crenças e metas que lhe foram transmitidos pela família e pela escola. Por ser uma fase em que se voltam para os seus pares e sofrem influência destes, os valores e crenças anteriormente interiorizados, começam a ser questionados, surgindo por vezes conflitos internos que podem ser exteriorizados sobre a forma de atos de rebeldia e violência, baixo rendimento escolar, distúrbios alimentares e do sono, consumos nocivos, isolamento, ansiedade e não raras situações de depressão e suicídio.

Esses atos de violência podem incluir violência no namoro, violência entre pares (bullying) e violência nas redes sociais (cyberbullying).

Tendo em conta que a VN está associada a consequências negativas no que diz respeito à saúde mental (como o aumento da ideação suicida, comportamentos aditivos e autolesivos), nos últimos anos tem sido verificado um aumento no interesse em desenvolver estratégias de prevenção primária da VN (Niolon, 2015).

Assim, considerando a informação exposta sobre a fase de desenvolvimento da adolescência, os adolescentes encontram-se numa posição favorável para a mudança de atitudes e comportamentos. Desta forma, devem ser encarados como “alvos de intervenção de prevenção primária, não somente como alvos passivos, mas essencialmente como agentes ativos de mudança capazes de interiorizarem novos conhecimentos, de desconstruírem mitos, de adquirirem competências e de as utilizarem eficazmente e de refletir sobre os efeitos dos seus comportamentos, tomando decisões pró-ativas de mudanças com repercussões no seu mundo pessoal e comunitário.” (Alegre, 2013, p. 43).

A prevenção primária na VNA pretende atuar na prevenção deste tipo de violência não só na adolescência, como também prolongar os seus efeitos na vida adulta, fornecendo de igual forma estratégias de proteção para a vítima (Niolon, et al., 2017).

A maioria dos programas existentes tem uma abordagem conjunta para o género feminino e masculino, não havendo diferenciação nas intervenções realizadas. O intuito desta intervenção

conjunta, é tentar criar um equilíbrio no poder entre os dois géneros, de maneira a garantir a igualdade de género e alterar normas sociais (Wolfe & Temple, 2018).

Existem diversas estratégias que podem ser aplicadas na prevenção da VNA, mas considera-se que estratégias que se focam não só no conhecimento sobre VN (mitos, papel de género na sociedade), mas também na promoção de fatores protetores (como competências socio-emocionais, comunicacionais, resolução de conflitos, aumento da autoestima) e prevenção de fatores de risco, contemplam uma melhor probabilidade de ter ganhos positivos (Wolfe & Temple, 2018; Alegre, 2013). Para além disso, é importante desenvolver estratégias que permitam a participação ativa dos adolescentes, com espaço para a discussão e reflexão das temáticas abordadas, pois favorece o envolvimento nas atividades que, por sua vez, facilita a mudança (Wolfe & Temple, 2018; Alegre, 2013).

2.METODOLOGIA

A investigação científica é um método sistemático e racional que tem como objetivo a aquisição de novos conhecimentos, dando resposta a questões de investigação definidas previamente pelo investigador e que este pretende aprofundar (Fortin, 2009).

Para o desenvolvimento desta componente de investigação, foi realizada uma ScR. A ScR é uma forma de síntese de conhecimento que utiliza um método sistemático que permite esclarecer e mapear a evidência disponível sobre um determinado tópico, conceito ou questão, podendo identificar lacunas e anteceder uma revisão sistemática mais específica (Joanna Briggs Institute [JBI], 2015; Tricco et al., 2018). Para além disso, são também relevantes por possibilitarem a exploração de evidências emergentes, quando ainda não foram definidas questão claras, orientando a formulação das mesmas e a investigação de maneira eficaz (JBI, 2015).

Esta ScR foi realizada conforme as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) e os resultados são apresentados de acordo com o PRISMA – ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (JBI, 2024; Peters et al., 2024).

2.1.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

De maneira a ser possível a execução da seguinte ScR, e tendo em consideração a pesquisa previamente realizada, foi formulada uma questão de investigação. A questão de revisão orienta e direciona o desenvolvimento dos critérios de inclusão específicos para a ScR (JBI, 2024). Neste sentido, a questão de investigação foi elaborada de acordo com a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto), preconizada pelo JBI (JBI, 2015), sendo a população (P): adolescentes; conceito (C): programas e estratégias de prevenção da violência no namoro em adolescentes; e contexto (C): qualquer contexto de intervenção (escolar, comunitário, entre outros).

Assim, a questão de investigação principal é “Quais os programas e estratégias utilizados na prevenção da violência no namoro em adolescentes?”. Oriunda desta, foi definida a seguinte questão secundária: “Quais as características dos programas e estratégias utilizados na prevenção da violência no namoro em adolescentes?”.

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação, foi elaborado o seguinte objetivo geral: Mapear programas e estratégias existentes na prevenção da violência no namoro em adolescentes.

Definiram-se, de igual forma, os seguintes objetivos específicos:

- Identificar programas existentes na prevenção da violência no namoro em adolescentes;
- Identificar estratégias existentes na prevenção da violência no namoro em adolescentes;

- Compreender as características das intervenções utilizadas (como o tipo, duração, conteúdo, entre outras);
- Conhecer os contextos em que as intervenções foram desenvolvidas (contexto comunitário, escolar, entre outros).

2.2.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para esta pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

População

- Considerados todos os estudos dirigidos a adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. Serão excluídos os estudos que incluam outras faixas etárias.

Conceito

- Serão considerados todos os estudos que contemplem programas ou estratégias para a prevenção da violência no namoro. Serão excluídos programas ou estratégias cujo foco principal seja outra forma de violência.

Contexto

- Considerados diversos contextos de aplicação dos programas ou estratégias (como comunitário, escolar, entre outros).

Para esta ScR, serão considerados todos os tipos de desenho de estudos (qualitativos, quantitativos, mistos, revisões da literatura, ensaios controlados randomizados e não randomizados, estudo pré-teste e pós-teste), compreendidos num horizonte temporal entre 2019 e 2024. Serão de igual forma considerados os estudos publicados em português, inglês e espanhol.

2.3.ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi efetuada entre os dias 21 e 28 de março de 2024, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foram utilizadas as bases de dados MedLine complete e CINAHL complete, via EBSCOhost, e RCAAP para a realização da pesquisa.

Na estratégia de pesquisa, procurou-se utilizar a terminologia em saúde consultada no Medical Subject Headings (MeSH terms) e CINAHL® Subject Headings, de acordo com a respetiva base de dados, e outros termos em texto livre. Foram incluídos os operadores booleanos “AND” e “OR”, para conjugar os descritores e palavras-chave definidos, e a pesquisa foi realizada por TI (título) e AB (abstract), como demonstrado na Tabela 1.

Desta forma, foi definida a seguinte expressão de pesquisa:

((((MH "Adolescent") OR [TI] (adolescents or teenagers) OR [AB] (adolescents or teenagers)) AND ([TI] ("dating violence" or "relationship violence") OR ([AB] ("dating violence" or "relationship violence")) AND ([TI] (prevention or prevent or preventing) OR [AB] (prevention or prevent or preventing)) AND ([TI] (programs or interventions or strategies) OR [AB] (programs or interventions or strategies)))

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa

MedLine		
Passos	Estratégia	Resultados
#1	(MH "Adolescent")	2,237,136
#2	(MH "Adolescent") OR TI (adolescents or teenagers) OR AB (adolescents or teenagers)	2,319,721
#3	TI (prevention or prevent or preventing) OR AB (prevention or prevent or preventing)	1,479,776
#4	TI (programs or interventions or strategies) OR AB (programs or interventions or strategies)	1,272,339
#5	TI ("dating violence" or "relationship violence") OR AB ("dating violence" or "relationship violence")	1,564
#6	#2 AND #3 AND #4 AND #5 Limite: 20190101-20241231; Inglês, Português, Espanhol	188
CINHAL		
Passos	Estratégia	Resultados
#1	(MH "Adolescence") OR TI (adolescents or teenagers) OR AB (adolescents or teenagers)	654,720
#2	(MH "Dating Violence") OR TI ("dating violence" or "relationship violence") OR AB ("dating violence" or "relationship violence")	1,900
#3	TI (prevention or prevent or preventing) OR AB (prevention or prevent or preventing)	380,736
#4	TI (programs or interventions or strategies) OR AB (programs or interventions or strategies)	1,106,331
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4 Limite: 20190101-20241231; Inglês, Português, Espanhol	176

De modo a pesquisar estudos não publicados, foi realizada pesquisa no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), que resultou em 6 estudos.

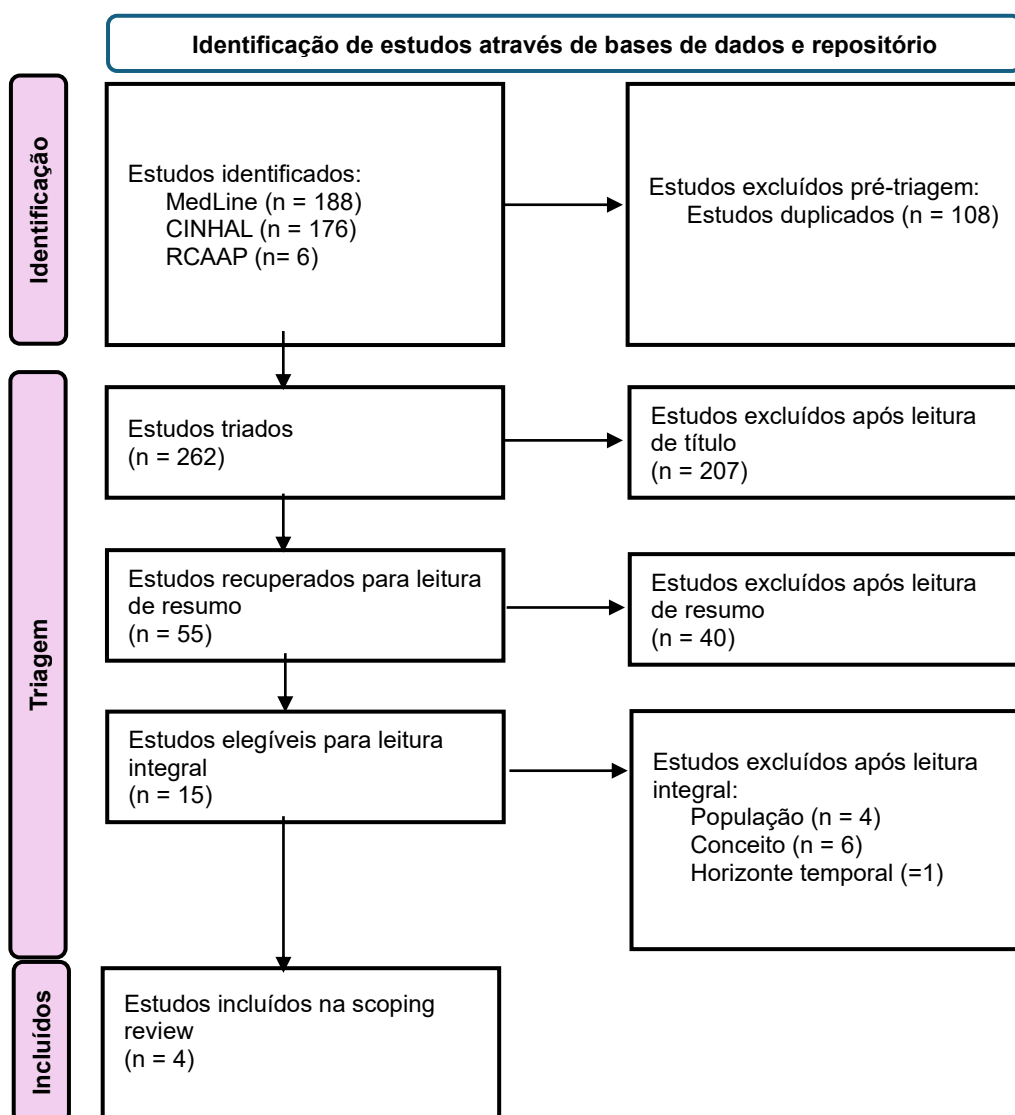
2.4.EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para os estudos, obtiveram-se no total 370 estudos (364 via EBSCO e 6 via RCAAP). Desse total, foram removidos 108 estudos duplicados, ficando com 262 para leitura do título. Após a leitura do título, foram excluídos 207 estudos, ficando 55 para leitura do resumo. Foram excluídos 40 estudos pelo resumo, por não se demonstrarem relevantes para a investigação.

Desta forma, foram selecionados 15 estudos para leitura integral. Após a leitura completa dos mesmos, foram selecionados 4 estudos para integrarem esta ScR,

O fluxograma apresentado na Figura 1, discrimina todo o processo de seleção dos estudos.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos



De maneira a facilitar a identificação dos estudos selecionados, estes encontram-se organizados na tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação dos estudos selecionados

Estudo (E)	Referência Bibliográfica
E1	Velasco, L., Thomas-Currás, H., Pastor-Ruiz, Y., & Arcos-Rodríguez, A. (2022). Pro-Mueve Relaciones Sanas – A Gender-Based Violence Prevention Program For Adolescents: Assessment Of Its Efficacy In The First Year Of Intervention. <i>Frontiers in Psychology</i> , 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.744591
E2	Carrascosa, L., Cava, M.J., Buelga, S., & Jesus, S.N. (2019). Reduction of Sexist Attitudes, Romantic Myths, and Aggressive Behaviors in Adolescents: Efficacy of the DARSÍ Program. <i>Psicothema</i> , 31 (2), 121-127. https://doi.org/10.7334/psicothema2018.245
E3	Vives-Cases, C., Davo-Blanes, M. C., Ferrer-Cascales, R., Sanz-Barbero, B., Albaladejo-Blázquez, N., Sánchez-San Segundo, M., (...) & Corradi, C. (2019). Lights4Violence: a Quasi-experimental Educational Intervention in Six European Countries to Promote Positive Relationships Among Adolescents. <i>BMC Public Health</i> , 19 (389). https://doi.org/10.1186/s12889-019-6726-0
E4	Muñoz-Fernández, N., Ortega-Rivera, J., Nocentini, A., Menesini, E., & Sánchez-Jiménez, V. (2019). The Efficacy of the “Dat-e Adolescence” Prevention Program in the Reduction of Dating Violence and Bullying. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> , 16 (408). https://doi.org/10.3390/ijerph16030408

3.RESULTADOS

Neste capítulo, será realizada a extração dos resultados de cada estudo selecionado, sendo os mesmos apresentados nas seguintes tabelas:

Tabela 3 – Extração de dados do estudo 1 (E1)

Título	<i>Pro-Mueve Relaciones Sanas – A Gender-Based Violence Prevention Program For Adolescents: Assessment Of Its Efficacy In The First Year Of Intervention</i>
Autores	Lilian Velasco, Helena Thomas-Currás, Yolanda Pastor-Ruiz and Aroa Arcos-Rodríguez
Ano e Local	2022, Espanha
Tipo de Estudo	Estudo piloto quase-experimental.
Objetivos	Avaliar o efeito do primeiro ano de intervenção do programa <i>Pro-Mueve</i> relativamente ao conhecimento sobre violência de género e legislação, sexismo e mitos sobre o amor romântico em adolescentes.
Participantes	O estudo contou com 243 participantes, com idades entre os 11 e os 14 anos, dos quais 181 foram incluídos no grupo de intervenção e 62 no grupo de controlo.
Metodologia	Os instrumentos utilizados para a avaliação pré e pós-teste foram os seguintes: <i>Gender-based Violence Questionnaire</i> (Mateos, 2013), <i>Myths of Romantic Love Scale</i> (Ferrer Pérez et al., 2010) e <i>Ambivalent Sexism Inventory (ASI): The Spanish adaptation of the ASI</i> (Lemus, Castillo, Moya, Padilla, & Ryan, 2008). Este primeiro ano do programa, consistiu em nove sessões desenvolvidas ao longo de 7 meses (novembro de 2018 e junho de 2019). A primeira e última sessão, dizem respeito ao pré e pós-teste, respetivamente. As restantes sessões, com duração de 1h, focaram-se no conhecimento, recorrendo ao método ativo de aprendizagem. Estas incluíram exercícios práticos, jogos, role-play, discussões em grupo, visualização de vídeos e debates. No final de cada sessão, de maneira a sistematizar o conhecimento

	adquirido, os adolescentes recebiam um poster com os conteúdos abordados na mesma.
Resultados	O grupo de intervenção demonstrou melhorias significativas em relação ao grupo quasi-controlo na redução do sexismo benevolente e mitos sobre o amor romântico, assim como aumento do conhecimento relativamente à violência de género e legislação. No entanto, entre as duas avaliações, verificou-se um aumento do sexismo hostil no grupo de controlo, enquanto que no grupo de intervenção manteve-se praticamente estável. Os resultados sugerem que o programa Pro-Mueve foi eficaz no seu primeiro ano de intervenção. Contudo, para avaliar os efeitos a longo prazo, é necessária uma avaliação mais aprofundada nos anos subsequentes.

Tabela 4 – Extração de dados do estudo 2 (E2)

Título	<i>Reduction of Sexist Attitudes, Romantic Myths, and Aggressive Behaviors in Adolescents: Efficacy of the DARSÍ Program</i>
Autores	Laura Carrascosa, María-Jesús Cava, Sofía Buelga, and Saúl-Neves de Jesus
Ano e Local	2019, Espanha
Tipo de Estudo	Estudo quase-experimental.
Objetivos	Avaliar a eficácia do programa DARSÍ na redução do sexismo (hostil e benevolente), dos mitos relativos ao amor romântico e dos comportamentos agressivos por parte dos adolescentes.
Participantes	Neste estudo, participaram 191 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos e a frequentar duas escolas distintas (uma escola pública e uma escola semiprivada). Foram criados um grupo experimental (57 participantes) e um grupo de controlo (62 participantes) com adolescentes da escola pública, e um segundo grupo de controlo com 72 adolescentes da escola semiprivada.
Metodologia	Os instrumentos que foram utilizados para a avaliação pré e pós-teste foram: <i>Ambivalent Sexism Inventory (ASI): The Spanish</i>

	<i>adaptation of the ASI</i> (Lemus, Castillo, Moya, Padilla, & Ryan, 2008), <i>Adaptation of the Romantic Love Myth Scale</i> (Rodríguez-Castro et al., 2013), <i>School Aggression Scale</i> (Little, Henrich, Jones, & Hawley, 2003) e <i>Scale of Cyber-aggressions among peers -CybAG-R</i> (Buelga, Ortega-Barón, & Torralba, 2016). O programa DARSÍ foi implementado nas escolas entre janeiro de 2016 e maio de 2017, englobando 12 sessões, cada uma com duração de uma hora. O pré-teste foi realizado em dezembro de 2016 e o pós-teste em junho de 2017. Ao longo das sessões, utilizaram como estratégia atividades de artes plásticas, role-playing, estudos de caso e discussões guiadas, recorrendo a meios audiovisuais, músicas, desenhos e histórias com personagens adolescentes.
Resultados	Os adolescentes pertencentes ao grupo de intervenção, demonstraram uma diminuição na frequência de comportamentos agressivos entre pares, assim como de atitudes sexistas e de crenças em mitos sobre o amor romântico. Os resultados corroboram a existência de uma ligação entre atitudes sexistas e a crença em mitos sobre o amor romântico, e o perpetuamento da violência no namoro, mas também de outros géneros de agressão entre pares (como a ciberviolência). Desta forma, a existência de intervenções conjuntas que atuem não só na consciencialização da violência entre pares e as suas consequências, mas também especificamente na violência no namoro (na redução de atitudes sexistas e mitos do amor romântico), permite uma maior eficácia nos programas que atuam na prevenção da violência em adolescentes.

Tabela 5 – Extração de dados do estudo 3 (E3)

Título	<i>Lights4Violence: a Quasi-experimental Educational Intervention in Six European Countries to Promote Positive Relationships Among Adolescents</i>
Autores	Carmen Vives-Cases, María Carmen Davo-Blanes, Rosario Ferrer-Cascales, Belen Sanz-Barbero, Natalia Albaladejo-

	Blázquez, Miriam Sánchez-San Segundo, Manuel Lillo-Crespo, Nicola Bowes, Sofia Neves, Veronica Mocanu, Elena Mihaela Carausu, Jacek Pyżalski, Maria João Forjaz, Iwona Chmura-Rutkowska, Cristina Pereira Vieira and Consuelo Corradi
Ano e Local	2019, Espanha
Tipo de Estudo	Estudo longitudinal quase-experimental.
Objetivos	Desenvolver estratégias para a prevenção da violência no namoro, focadas na capacidade de os adolescentes criarem relações positivas entre os seus pares.
Participantes	O estudo foi elaborado para ser aplicado em adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos, em escolas secundárias de 6 cidades de países diferentes (Espanha, Itália, Reino Unido, Roménia, Polónia e Portugal). Em cada cidade, pretende-se um grupo de intervenção com cerca de 100 a 120 estudantes e um grupo de controlo com 120 a 150 estudantes.
Metodologia	Serão aplicadas escalas e questionários a ambos os grupos em três fases diferentes: antes de iniciarem o programa, após concluírem o programa e 6 meses após a implementação. Os instrumentos incluídos neste estudo, são: Student Social Support Scale (Nolten, 1995), Questionnaire for Evaluating School Social Climate, Factor 1 (Trianes, Blanca, De la Morena, Infante & Raya, 2006), Maudsley Violence Questionnaire (Walker & Bowes, 2013), The Ambivalent Sexism Inventory (Glick & Fiske, 1996), Social Problem-Solving Inventory-Revised Scale (D'Zurilla, Maydeu-Olivares & Kant, 1998), Aggression Questionnaire-Refined (Bryant & Smith, 2001), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), Assertive Interpersonal Schema Questionnaire (Vagos & Pereira, 2010), Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999), Bullying and cyberbullying scales (Pyżalski, 2012). A intervenção será organizada em 5 módulos, constituídos no total por 15 a 17 sessões, com uma duração aproximada de 50 min cada. O objetivo do projeto é implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção educacional intitulada “Filming Together to See

	Ourselves in a New Present”, através da estratégia “Cinema Voice”. Esta consiste na elaboração de um filme, pelos adolescentes, sobre relações de namoro saudáveis, com a finalidade de promover fatores protetores contra a violência no namoro. Estes fatores estão associados à capacidade de comunicação, empatia, habilidades sociais, controlo da agressividade e a capacidade de resolução de conflitos. Ao longo dos módulos, são discutidas estas temáticas e realizados exercícios para promover o desenvolvimento destes fatores protetores.
Discussão (projeto ainda não foi implementado)	No momento da publicação, o projeto Lights4Violence ainda não foi implementado. Deste modo, pretende não só transmitir informação pertinente sobre conceitos relacionados à violência no namoro, como também gerar um processo dinâmico de aprendizagem para a aquisição de competências relacionadas com o processo de empoderamento. É esperado que esta intervenção proporcione um melhor controlo sob as decisões e ações tomadas pelos adolescentes, no que diz respeito às suas relações, saúde e bem-estar.

Tabela 6 – Extração de dados do estudo 4 (E4)

Título	<i>The Efficacy of the “Dat-e Adolescence” Prevention Program in the Reduction of Dating Violence and Bullying</i>
Autores	Noelia Muñoz-Fernández, Javier Ortega-Rivera, A. Nocentini, Ersilia Menesini and Virginia Sánchez-Jiménez
Ano e Local	2019, Espanha
Tipo de Estudo	Ensaio controlado randomizado
Objetivos	Determinar a eficácia do programa de prevenção “Dat-e Adolescence” na redução da agressão e vitimização presentes na violência no namoro, e do bullying em adolescentes.

	O estudo pretende identificar, como resultado principal, os efeitos a médio termo na violência física no namoro (moderada e severa) e na violência sexual no namoro, e como resultado secundário, os efeitos no bullying.
Participantes	No estudo, participaram 1423 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos de idade, divididos em dois grupos: grupo experimental com 557 adolescentes e o grupo de controlo com 866.
Metodologia	A avaliação foi dividida em três fases, um pré-teste, pós-teste e follow-up após seis meses. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Conflict Tactics Scale (CTS2) (Straus, 1979), Adapted Version of the Sexual Dating Violence Measure (Foshee, Benefield, Ennett, Bauman & Suchindran, 2004), Spanish version of the European Bullying Intervention Project Questionnaire (EBIP-Q) (Ortega-Ruiz, Del Rey & Casas, 2016). O programa está dividido em 7 sessões, com duração de 1h cada, tendo sido implementado em diferentes escolas. As primeiras cinco sessões são realizadas pelos investigadores e incluem dinâmicas como discussão de temas sobre relações românticas (mitos sobre o amor e relações saudáveis), role-play, debates e visualização de vídeos que promovem habilidades sócio emocionais e o conhecimento sobre relações românticas e o abuso durante as mesmas. Estas sessões têm como objetivos a promoção da regulação emocional, da autoestima, competências na comunicação e o reconhecimento de comportamentos agressivos (incluindo online). As últimas duas sessões, são apresentadas por colegas de escola que organizam uma dinâmica de grupo relativa a um contexto de conflito ou abuso, de maneira a promover estratégias de resolução de conflitos e estratégias de <i>coping</i> para situações de agressão, assim como para promover a consciencialização do grupo sobre a influência dos pares face à violência no namoro.
Resultados	Os adolescentes que participaram no programa, demonstraram níveis mais reduzidos de violência física severa no namoro (agressão e vitimização), violência sexual no namoro (agressão e

vitimização), e de vitimização no bullying após seis meses da intervenção.

Para além da modificação nas crenças sobre o amor romântico e a violência no namoro, verificou-se que os participantes também desenvolveram capacidades sócio emocionais, tais como o autocontrolo da raiva. Também se verificou uma redução de sentimentos negativos, com um aumento da autoestima. Os resultados sugerem que os programas de prevenção da violência no namoro, podem ser eficazes na redução de outros problemas comportamentais, uma vez que existem fatores protetores e de risco em comum com a violência no namoro e outras formas de violência.

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos apresentados descrevem programas de intervenção que podem ser relevantes na prevenção da violência no namoro, possibilitando a adaptação dos mesmos a diferentes contextos.

Foram incluídos quatro estudos nesta ScR, tendo sido todos desenvolvidos em Espanha. Contudo, apesar da origem do E3 ser Espanha, este foi elaborado com o intuito de ser implementado noutros cinco países. Porém, no momento da publicação do estudo, o projeto ainda não tinha sido implementado.

No que concerne à amostra, o E1 e E2 abrangem um número total de participantes idêntico (entre os 191 e 243 adolescentes), sendo que o E3 pretende intervir num número de participantes entre os 220 e os 270 por cidade. Já o E4, contou com um total de 1423 participantes. Habitualmente, amostras de grande dimensão refletem com maior precisão as características da população estudada. Contudo, não é garantido que a amostra seja representativa (Fortin, 2009). Já nos estudos longitudinais, é essencial garantir uma amostra ampla, pois é expectável a perda de participantes, tendo em conta que decorrem num período mais longo (Fortin, 2009).

Os quatro estudos focam-se em idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, sendo que o E1 apresenta uma diferença de idades menor em relação aos restantes estudos (11 a 14 anos), que envolvem idades mais avançadas (E2 entre 12 a 17 e E3 entre 13 a 17). O E4 é o estudo que abrange a maior diferença de idades, com participantes entre os 11 e os 19 anos. Isto pode ter repercussões na eficácia das intervenções, uma vez que o intervalo de idades implica diferentes fases do desenvolvimento cognitivo. Existe evidência da eficácia de intervenções desenvolvidas numa fase mais precoce da adolescência, contudo, intervenções realizadas em adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, demonstraram ser mais eficazes na redução da VN, em específico nas formas de violência física e sexual (Piolanti & Foran, 2022).

No que diz respeito à duração da intervenção, o E1 e o E4 são os estudos que incluem o menor número de sessões, com um total de 9 e 7 sessões, respetivamente. Já o E2, desenvolveu a sua intervenção com 12 sessões. O E3, apesar de não ter um número concreto, pretende aplicar 5 módulos entre 15 a 17 sessões, optando por uma abordagem mais prolongada. O tempo da intervenção pode ser um fator que influencia a eficácia do estudo. Intervenções com uma duração curta a moderada, demonstram uma redução significativa na violência física e sexual perpetradas na VN (Piolanti & Foran, 2022). Contudo, elas podem perder a sua eficácia no decorrer do tempo quando comparadas com intervenções mais longas, que demonstram efeitos mais robustos e duradouros (Piolanti & Foran, 2022; Muñoz-Fernández, 2019).

O E1 tem uma metodologia focada no ensino ativo, com a realização de exercícios práticos, jogos, role-play, discussões em grupo, visualização de vídeos e debates. Os temas abordados, foram

relativos à violência de gênero e sua legislação, sexismo e mitos no amor romântico. A intervenção tinha como objetivo o ensino sobre a diferença entre relações saudáveis e relações abusivas, perceber a ligação entre fatores associados à violência (como estereótipos e papéis de gênero, desigualdades estruturais e dinâmicas de poder nas relações), relações abusivas e as suas consequências (para a vítima e para o agressor). Contudo, também realizaram intervenções que pretendiam a aquisição de habilidades que facilitassem o melhoramento das relações românticas (como as habilidades socio emocionais, autoestima, autorregulação de emoções, autocontrole da raiva, resolução de conflitos e uso adequado da tecnologia para recolha de informação sobre relações).

O E2, pretendeu intervir especificamente no sexismo (hostil e benevolente), na crença de mitos sobre o amor romântico e nos comportamentos agressivos (física e verbal, relacional e online) e suas consequências. Para isso, utilizaram como estratégias para o ensino e partilha de informação sobre essas temáticas, a realização de atividades como role-play, artes plásticas, estudos de caso com discussões guiadas, meios audiovisuais, desenhos e histórias com personagens de idades semelhantes à dos participantes. O objetivo é fomentar a discussão e reflexão dos adolescentes sobre estas temáticas, influenciando positivamente a perspetiva deles sobre relações saudáveis.

No que diz respeito ao E3, a estratégia denominada “Cinema Voice”, foi a principal estratégia desenvolvida para ser implementada nesta intervenção. Ela consiste na elaboração de um filme, pelos adolescentes, referente a relações de namoro saudáveis, de maneira a promover fatores protetores contra a violência no namoro (do próprio, da família, escola). No entanto, foram desenvolvidas outras estratégias para abordar diferentes temáticas sobre a violência no namoro, antes da estratégia principal ser implementada. O E3 organizou a intervenção em 5 módulos, com um número de sessões definido, mas com flexibilidade para acrescentar sessões conforme a necessidade no momento da intervenção:

Módulo 1 (3 sessões): observação e identificação de imagens relativas a relações saudáveis, e observação de diferentes ilustrações para serem rotuladas. O objetivo será a identificação de relações saudáveis e de fatores promotores das mesmas.

Módulo 2 (4 sessões): discussão sobre mitos relativos às relações românticas, ensino e treino de estratégias de resolução de problemas, controlo da raiva e promoção de habilidades sociais e da autoestima (exemplo: técnica do papel amassado, técnicas de relaxamento, ensino de estilos de comunicação e empatia, técnica sanduiche para a assertividade).

Módulo 3, 4 e 5: utilização da estratégia “Cinema Voice”, com partilha de ideias, organização do roteiro e materiais, e filmagem de um filme sobre relações de namoro saudáveis. Com esta intervenção, pretendem promover fatores protetores contra a violência no namoro.

A utilização destas estratégias teve como principais objetivos o ensino e a consciencialização para a importância de relações interpessoais saudáveis, assim como apoiar os adolescentes no questionamento de atitudes sexistas presentes na violência de género e na violência no namoro.

Por fim, no E4 as primeiras cinco sessões incluem dinâmicas como discussão de conceitos que dizem respeito a relações românticas (como mitos sobre o amor romântico e comportamentos saudáveis nas relações), promoção do reconhecimento, expressão e regulação de emoções, promoção da autoestima, desenvolvimento de estratégias de comunicação e reconhecimento de comportamentos agressivos. Na abordagem destas temáticas, utilizaram estratégias como role-play, debates e visualização de vídeos que promovem habilidades sócio emocionais e o conhecimento sobre relações românticas e o abuso durante as mesmas. Nas últimas duas sessões, é realizada uma dinâmica de grupo organizada por colegas de escolas que desenvolvem uma narrativa que representa uma situação ou contexto de conflito ou abuso, com o objetivo de proporcionar um momento de reflexão e discussão sobre estratégias de resolução de conflitos e estratégias de *coping* que poderão ser utilizadas nestas situações, promovendo a perceção dos participantes sobre a influência que os pares têm nas situações de violência no namoro. Estas estratégias visam a promoção de habilidades socio emocionais, assim como o aumento do conhecimento sobre relações românticas saudáveis e sobre os sinais de violência nas mesmas.

Relativamente ao tipo de intervenções desenvolvidas, os quatro estudos contemplam métodos expositivos, ativos e interativos. Têm em comum uma abordagem inicial mais teórica onde exploram conceitos como mitos sobre as relações românticas e sexismo. O E1 optou por debater a legislação sobre a VN, algo que nenhum dos outros estudos abordou. Em contrapartida, o E3 e o E4 utilizam esta metodologia para informar sobre fatores protetores e comportamentos que são considerados saudáveis numa relação de namoro. Já o E3 e o E4, debateram os comportamentos considerados agressivos e abusivos. Apesar de algumas temáticas serem diferentes, todos os estudos optaram por uma metodologia de ensino ativo onde fomentavam a discussão e reflexão desses conceitos entre os participantes.

Essa discussão e reflexão, não foi apenas elaborada em forma de debate. Os diferentes estudos recorreram a outras estratégias para incentivar a participação ativa dos adolescentes. O E1, E2 e E4 recorreram à técnica de role-play, sendo que todos os estudos utilizaram materiais audiovisuais. Além disso, o E2 utilizou também estudos de caso e artes plásticas como forma de cativar os participantes, enquanto que o E1 recorreu a jogos e exercícios práticos.

O E3 e E4, desenvolveram uma intervenção idêntica, recorrendo à criação de uma narrativa por parte dos participantes para a discussão sobre a diferença entre relações saudáveis e relações abusivas. Contudo, o E3 acabou por desenvolver esta estratégia de forma distinta e mais complexa, utilizando várias sessões dedicadas a esta estratégia. Transformaram a narrativa dos participantes

em filmes sobre relações saudáveis, com o objetivo de projetar e partilhar os mesmos para ser visualizado por um número maior de adolescentes. Esta é uma abordagem mais criativa, que permite o envolvimento dos adolescentes na criação de um projeto que promove a crítica e reflexão sobre as relações saudáveis e a VN.

Três dos estudos selecionados (E1, E3 e E4), focaram-se também no treino de habilidades socio emocionais, com o intuito de promover um desenvolvimento positivo nos adolescentes, prevenindo comportamentos de risco, mas também contribuindo para a promoção de fatores protetores contra a VN. Especificamente, a promoção da autoestima, resolução de problemas e conflitos, o autocontrolo da raiva (E1 e E3), estratégias de comunicação (E3 e E4), empatia e assertividade (E3), estratégias de *coping* (E4) e autorregulação das emoções (E1 e E4). De acordo com a literatura, os programas e estratégias de prevenção da VNA, tendem a incidir no aumento do conhecimento sobre VN e na mudança de atitudes, de maneira a influenciar o comportamento dos adolescentes (Hickman, Jaycox & Aronoff, 2004). De acordo com as *Guidelines* da OMS, apesar de ainda não existir evidência específica para a VN, considera-se que as intervenções que atuam na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental realizadas na adolescência, deverão incluir o desenvolvimento de competências como a assertividades, regulação emocional, habilidades interpessoais e resolução de problemas (World Health Organization, 2020). Desta forma, os estudos selecionados, contemplam as intervenções consideradas mais benéficas na prevenção da VN.

Em relação ao contexto em que as intervenções foram realizadas, todos os estudos desenvolveram as mesmas em contexto escolar. Este é um contexto de atuação bastante vantajoso, uma vez que os adolescentes passam a maior parte do seu dia na escola. Para além disso, a implementação de programas neste contexto pode alcançar um maior número de adolescentes e contribuir para a diminuição do estigma na abordagem de determinados temas, quando comparadas com intervenções realizadas de forma individual em contexto clínico (World Health Organization, 2020).

No que diz respeito à eficácia, apenas o E1, E2 e E4 apresentam dados sobre a mesma, uma vez que na altura da publicação do E3, o projeto ainda não tinha sido implementado. Assim, o E1 demonstrou resultados significativos na redução do sexismo benevolente e nos mitos relativos ao amor romântico, assim como do aumento do conhecimento sobre violência de género. Contudo, o sexismo hostil manteve-se praticamente estável. O E2 realça a diminuição de comportamentos agressivos, atitudes sexistas e crenças em mitos sobre o amor romântico por parte dos participantes, resultado que demonstra a relação que existe entre sexismo e violência no namoro. Com o E4, verificou-se uma diminuição dos níveis de violência física severa e de violência sexual, tanto na agressão como na vitimização. Observou-se também uma alteração nas crenças de mitos

sobre o amor romântico e VN, e o desenvolvimento de capacidades socio-emocionais, como o autocontrole da raiva.

Assim, de acordo com os estudos selecionados, se os adolescentes forem capazes de refletir sobre as normas de gênero, sexismo, mitos sobre o amor romântico, comportamentos agressivos, influência dos pares, e desenvolverem competências socio-emocionais, é esperado que consigam desenvolver relações de namoro saudáveis, levando a uma diminuição da prevalência da VN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta ScR, foi possível mapear os programas e estratégias utilizadas na prevenção da violência no namoro em adolescentes, e identificar as características dos mesmos. Desta forma, pode-se afirmar que os objetivos previamente delineados foram cumpridos.

De acordo com os estudos selecionados, estes foram todos elaborados para serem implementados em contexto escolar, mas com intervalos de idades distintos que abrangem as diferentes fases da adolescência (entre os 11 e os 19 anos). O número de sessões destas intervenções também foi variável, com um número mínimo de 7 sessões e um número máximo de 17 sessões.

Uma vez que o país de origem dos estudos é Espanha, a amostra acabou por ter características semelhantes. Contudo, um dos estudos foi elaborado para ser implementado em seis países diferentes, utilizando a mesma abordagem de intervenção para todos, o que demonstra que a necessidade de atuação na prevenção da VNA é transversal a vários países da Europa.

Em todos os estudos, foi utilizada uma metodologia ativa na transmissão de informação, com a participação dos adolescentes, o que sugere ser uma estratégia mais eficaz do que a utilização de uma abordagem passiva para o ensino dos conceitos relativos à VN. Para além disso, três dos estudos focaram-se também na promoção e no treino de competências socio emocionais, com o objetivo de dotar os participantes de habilidades que se pudessem tornar fatores protetores de VN.

Assim, torna-se pertinente que as intervenções desenvolvidas na prevenção da VN se foquem não só no aumento de conhecimento sobre esta temática, como a desmistificação de algumas crenças existentes, ou a identificação de comportamentos agressivos e de comportamentos e atitudes que não são facilmente identificados como violentos (controlo, dominância, sexismo), mas que também tenham uma abordagem na promoção de fatores protetores que facilitem a deteção desses comportamentos e a ação para travar a evolução dos mesmos.

No que diz respeito às limitações, muitos dos estudos encontrados no processo de pesquisa nas bases de dados, apresentam metodologias deficitárias, com resultados que não são estatisticamente significativos, o que dificulta a avaliação sobre o impacto das intervenções de prevenção e a elaboração de programas eficazes a longo prazo. Para além disso, o contexto de implementação destes programas é muito díspar, o que dificulta a avaliação da sua eficácia.

Para estudos futuros, seria interessante perceber a eficácia das intervenções no contexto português, assim como realizar um estudo comparativo da eficácia entre programas que não fazem diferenciação de género (como o caso dos estudos selecionados) e entre programas dirigidos para um género específico ou para grupos mais vulneráveis, como a comunidade LGBTQIA+. Este tipo de estudo poderia fornecer pistas sobre as características que um programa na prevenção da VNA deveria conter, e como deveria ser organizado.

Apesar de ainda não existir muita evidência sobre qual a estratégia mais eficaz na prevenção da VN, isto não deve ser um entrave para a realização de programas nesta área, uma vez que a VN é um problema crescente no país. Esta ScR demonstra que a prevenção da VNA é uma área que requer uma investigação mais robusta que comprove a eficácia ao longo do tempo das diferentes intervenções utilizadas.

Como referido anteriormente, a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que se caracteriza por transformações a nível físico, cognitivo e psicossocial (Papalia & Feldman, 2013). Face ao paradigma da Teoria das Transições, a adolescência pode ser compreendida como uma transição desenvolvimental. Desta forma, ao enquadrar o processo de cuidar nesta teoria, atribui-se um maior significado à prática clínica, tendo o enfermeiro um papel central na facilitação do processo de transição (Meleis, 2015). No que diz respeito ao EEESMP, este detém um maior conhecimento para intervir de forma especializada nas respostas humanas desajustadas aos diferentes processos de transição.

O EEESMP pode integrar, de forma sistemática, a temática da VN na sua prática clínica. Uma vez que a adolescência é um período crítico para a construção da identidade, da autoestima e das relações interpessoais, a exposição a situações de violência como a VN, pode comprometer o seu desenvolvimento emocional e psicológico. De facto, é possível constatar que a VN está associada a um aumento significativo de sintomatologia depressiva, ansiedade, baixa autoestima e ideação suicida (Niolon, et al., 2017; Exner-Cortens et al., 2013).

Em Portugal, os dados estatísticos relativos à prevalência de VN são alarmantes. De acordo com estes dados, em 2024 cerca de 63% dos jovens portugueses afirmaram já ter vivenciado pelo menos um comportamento de VN nas suas relações de namoro, sendo os comportamentos de controlo, perseguição e violência psicológica os mais frequentes (Pacheco, et al., 2024). Estes números evidenciam a importância de intervir numa abordagem preventiva na adolescência, interrompendo ciclos de VN que muitas vezes se manifestam na vida adulta.

Assim, o EEESMP poderá assumir um papel ativo na identificação precoce de situações de risco de VN, na promoção de relações saudáveis e no desenvolvimento de competências socioemocionais entre os adolescentes. A prevenção deve ser encarada como parte integrante do processo de cuidar, uma vez que a ausência de intervenções a este nível, pode contribuir para o agravamento da saúde mental e bem-estar da pessoa, culminando em perturbações mentais (como depressão, ansiedade e comportamentos autolesivos) (WHO, 2021). Por ter a possibilidade de trabalhar em contexto de comunidade, o enfermeiro EEESMP tem um vasto conhecimento da realidade dos adolescentes nas escolas que frequentam, podendo elaborar estratégias mais personalizadas e obter resultados mais eficazes.

Além disso, pelas características das intervenções desenvolvidas no âmbito da prevenção da VN em adolescentes, estes programas podem ser elaborados e implementados pelo EEESMP, uma vez que a prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais estão englobados nas suas competências (Regulamento n.º 515/2018).

NOTA CONCLUSIVA

No decorrer deste percurso, surgiram diversas oportunidades de crescimento profissional, mas também pessoal, o que promoveu o meu autoconhecimento. No que diz respeito ao enfermeiro EESMP, o autoconhecimento é uma competência fundamental, pois o próprio profissional mobiliza-se como ferramenta para as intervenções realizadas.

A realização dos estágios em diferentes contextos, possibilitou a implementação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, que enriqueceram a prática clínica pelo treino de competências específicas do enfermeiro EESMP e pela necessidade da sua adaptação aos contextos e características específicas de cada pessoa.

Todas estas experiências e vivências são uma mais-valia para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista, pois oferecem a oportunidade de observar diferentes realidades e áreas de intervenção do enfermeiro EESMP, promovendo o pensamento crítico e a aplicação do conhecimento adquirido, podendo realizar intervenções diferenciadas e compreender de uma maneira mais eficaz o trabalho realizado pelos mesmos.

Para além disso, a presença de uma componente de investigação é benéfica para uma melhor compreensão desta área da enfermagem, que contribui para o aumento do conhecimento prático baseado em evidência científica. Também permite identificar as necessidades e as lacunas na investigação na área da saúde mental e na enfermagem, e perceber quais são as prioridades na obtenção de conhecimento, de maneira a poder implementar e enriquecer as intervenções do enfermeiro EESMP.

Em suma, este relatório favoreceu a consolidação de competências comuns do Enfermeiro Especialista, mas também o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas do enfermeiro EESMP, assim como o desenvolvimento de conhecimento na metodologia de investigação através da elaboração de uma ScR.

BIBLIOGRAFIA

- Alegre, M. C., Ventura, M. A., & Veríssimo, C. F. (2013). Intervenções de prevenção primária da violência no namoro. Em Leitão, M., Veríssimo, C., Fabião, J., Dixe, M., Fernandes, M., & Alegre, M. C., *Prevenir a violência no namoro - n(amor)o (im)perfeito - Fazer diferente para fazer a diferença* (pp. 43-69). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2399&id_revista=19&id_edicao=56
- Alves, S. (2018). *Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes*. Escola Superior de Enfermagem do Porto (Dissertação de Mestrado), Portugal.
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR - Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.a ed.). Climepsi Editores.
- APA. (2020). *Manual da American Psychological Association: o guia oficial do estilo APA* (7.a ed.).
- Benetti, I., Vieira, M. L., Crepaldi, M. & Schneider, D. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*. 9 (16), 89-99. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- Brito, L. (2018). *O enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Código Penal Português – 7ª edição (2017). Coimbra: Almedina.
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) & União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR). (2024). *Violência no namoro em Portugal: Vitimação e conceções juvenis – 2024* (Infografia ART'THEMIS+ UMAR). CIG. Recuperado de https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Conselho Pedagógico. (2023). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cunha J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Dessen, M. & Junior, A. (2008). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências actuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem: Um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. *Revista Clínica Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. Recuperado de <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa. https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma 030/2012: Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto*. Recuperado de <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/04/NOC-30-2012-Detecao-Precoce-e-Intervencao-Breve-no-Consumo-Excessivo-de-Alcool.pdf>
- Eisman, A., Hicks, M., Kernsmith, P., Rupp, L., Smith-Darden, J. & Zimmerman, M. (2021). Adapting an evidence-based positive youth development intervention to prevent sexual and teen dating violence. *Transl Behav Med.*, 11 (1), 74-86. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz156>
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., & Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*, 131(1), 71–78. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1029>
- Feliciano I.P. & Afonso R.M. (2012). Estudo sobre a auto-estima em adolescentes dos 12 aos 17 anos. *Psicologia, saúde e doenças*, 13 (2), 252-265. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36225171009.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Gil, I. (2019). *Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110. Recuperado de <https://hdl.handle.net/1822/11757>
- Hickman, L., Jaycox L. & Aronoff, J. (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence Abuse*, 5 (2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1524838003262332>
- Hoffman M., Ushpiz V. & Levy-Shiff, R. (1988). Social support and self-esteem in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 17 (4), 307-316. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01537672>
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI*. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs>
- Joanna Briggs Institute. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Recuperado de <https://synthesismanual.jbi.global>
- Lei nº 35/2023, de 21 de julho da Assembleia da República. *Lei de Saúde Mental*. Diário da República, Série I, n.º 141. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Leitão, M. (2013). Violência nas relações de intimidade. Em Leitão, M., Veríssimo, C., Fabião, J., Dixe, M., Fernandes, M., Alegre, M. C., *Prevenir a violência no namoro - n(amor)o (im)perfeito - Fazer diferente para fazer a diferença* (pp. 23-38). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Levine, L., Lench, H., & Safer, M. (2009). Functions of remembering and misremembering emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1059–1075. Recuperado de <https://ucconsortiumssl.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/levine-levine-lench-safer-2009.pdf>
- Lozano R.M. & Ordaz R.L.M. (2018). *Autoestima en adolescentes*. Trabalho de investigação. Universidade Privada António Guillermo Urrelo, Faculdade de Psicologia.

- Marques, A. (2012). *Terapia de reminiscência* (Projeto de Intervenção). Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos enfermeiros, Portugal
- Meiksin, R., Campbell, R., Crichton, J., Morgan, G.S., Williams, P., Willmott, M., ... Bonell, C. (2020). Implementing a whole-school relationships and sex education intervention to prevent dating and relationship violence: evidence from a pilot trial in English secondary schools. *Sex Education*, 20 (6), 658-674. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1729718>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, United States of America: Springer Publishing Company, LLC. Recuperado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.
- Ministério da Saúde. (2009). *CIR - Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*. Coimbra, Portugal.
- Mikkelsen H.T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M., & Rohde, G. (2020). Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14–15-year-old adolescents: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 18 (352). Recuperado de: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01585-9>
- Muñoz-Fernández, N., Ortega-Rivera, J., Nocentini, A., Menesini, E., & Sánchez-Jiménez, V. (2019). The Efficacy of the “Dat-e Adolescence” Prevention Program in the Reduction of Dating Violence and Bullying. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16 (408). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030408>
- Neves S., Correia A. P., Rocha H., Costa S. & Borges J. (2023). *Observatório da Violência no Namoro – Resultados de 2017 – 2022*. Associação Plano i. Recuperado de <https://www.associacaoplanoi.org/estudo-nacional-violencia-no-namoro/>
- Neves, S., Santos, I. & Topa, J. (2023). The implementation of dating violence prevention programmes in Portugal and their effectiveness: perspectives of professionals. *Social Sciences*, 12 (1), 9. <https://doi.org/10.3390/socsci12010009>

- Niolon, P., Vivolo-Kantor, A., Latzman, N., Valle, L., Kuoh, H., Burton, T., ... Tharp, A. (2015). Prevalence of teen dating violence and co-occurring risk factors among middle school youth in high-risk urban communities. *Journal of Adolescent Health*, 56, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.019>
- Niolon, P., Kearns, M., Dills, J., Rambo, K., Irving, S., Armstead, T., & Gilbert, L. (2017). *Preventing intimate partner violence across the lifespan: a technical package of programs, policies, and practices*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/45820>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro*. Diário da República n.º 21/2018 – II Série. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 03/2023*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30229/parecer-mceesmp-n%C2%BA-03-2023-vestua-rio-dos-as-clientes-em-contexto-de-internamento-de-psiquiatria-e-sm-anonimizado.pdf>
- Pacheco, M., Dias A.T., Borges, B., Pinto, B. & Maia, M. (2024). Prevalência, Legitimação e Prevenção da Violência de Namoro nas/os Jovens. *Interações*, 69, 1-21. <https://doi.org/10.25755/int.37391>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). McGrawHill.

- Parker, M., & Smith, M. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed.). Philadelphia, United States of America: F.A. Davis Company. Recuperado de https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf
- Peixoto, M. J., Pereira, R. P. G., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, M. D. C. (2017). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações*. ISBN 978-989-20-8152-6. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/49457>.
- Nóbrega, S., & Santos, M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55-64. doi: 10.1590/S0034-71671996000100007
- Pereira, R., Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62. <https://doi.org/10.12707/RIII11146>
- Peskin, M. F., Markham, C. M., Shegog, R., Baumler, E. R., Addy, R. C., Temple, J. R., ... Tortolero Emery, S. R. (2019). Adolescent dating violence prevention program for early adolescents: the me & you randomized controlled trial, 2014–2015. *Am J Public Health*, 109 (10), 1419-1428. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2019.305218>
- Piolanti, A. & Foran, H. (2022). Efficacy of Interventions to Prevent Physical and Sexual Dating Violence Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 176(2), 42-149. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4829>
- Programa Nacional de Saúde Escolar nº015/2015 de 18 de agosto. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 26/2019, 2.ª Série nº 26*, p. 4744- 4750.
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.ª série, n.º 122. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 151. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rothman, E., Bair-Merriitt, M. & Broder-Fingert, S. (2021). A Feasibility Test of an Online Class to Prevent Dating Violence for Autistic Youth: a Brief Report. *Journal of Family Violence*, 36 (5), 503-509. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-020-00194-w>

Russel, K.N., Voith, L. A. & Lee, H. (2021). Randomized controlled trials evaluating adolescent dating violence prevention programs with an outcome of reduced perpetration and/or victimization: a meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 87, 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.12.009>

Sadovnikova T. (2016). Self-esteem and interpersonal relations in adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 233, 440 – 444. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816314148>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1a). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (1.a ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*. II.ª Série - nº 4. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=13&id_revista=4&id_edicao=4

Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental* (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <http://hdl.handle.net/10362/165805>

- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D.,... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169 (7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30(4), 697-721. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>
- Wolfe, D.A., & Temple, J.R. (Ed.). (2018). *Adolescent dating violence: theory, research, and prevention*. London, United Kingdom: Press - Elsevier Inc.
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent Health*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Programa de saúde escolar “Ecrã Desligado, Sono Bem Aproveitado”

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Local	Escola Básica [REDACTED] [REDACTED] Escola EB 2/3 [REDACTED]
Data	Dias 30/10/2023, 13/11/2023, 20/11/2023 e 27/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 35 min para o desenvolvimento do tema e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Alunos das turmas do 5º ano da escola básica [REDACTED] [REDACTED]
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala de aula, cadeiras, mesa, colunas e folhetos.
Objetivo geral	- Aumentar o conhecimento dos alunos do 5º ano sobre o sono.
Objetivos específicos	- Sensibilizar os alunos do 5º ano para a importância da criação de hábitos de sono saudáveis; - Consciencializar os alunos do 5º ano para os riscos da exposição prolongada a ecrãs; - Descrever estratégias de promoção de um sono saudável.
Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo

Descrição geral das atividades	- Descrição de conceitos: sono e hábitos de sono saudáveis e saúde mental; - Descrição dos ritmos circadianos, abordagem da melatonina e cortisol; - Ensinar sobre estratégias para promover a qualidade do sono; - Consequências da luz azul emitida pelos ecrãs.
Avaliação	- Realização de um questionário final, de forma oral, sobre os assuntos abordados durante a sessão.

ANÁLISE SWOT – PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR “ECRÃ DESLIGADO, SONO BEM APROVEITADO”

Forças (S) – A preparação e treino da apresentação, assim como o estudo e formação sobre a temática do sono, que permitiram diminuir a ansiedade antes das sessões.

Fraquezas (W) – Gestão de tempo e das questões colocadas pelos alunos, pois existiram turmas bastante participativas, tendo sido necessário gerir as intervenções dos mesmos de forma justa, sem comprometer o conteúdo e tempo da apresentação. Para além disso, foi possível perceber que utilizo interjeições repetitivas ao longo do meu discurso (bengala linguística), o que transparece algum nervosismo.

Oportunidades (O) – Trabalhar com uma faixa etária da qual não tenho tanto contacto e não me sinto tão confortável, permitindo conhecer melhor as suas características e desenvolver algumas estratégias para próximos contactos.

Ameaças (T) - As ameaças ou fatores externos incontrolláveis prendem-se essencialmente com os diferentes comportamentos e reações dos alunos de cada turma, assim como à imprevisibilidade das questões colocadas. Relativamente às ameaças relacionadas com o material, tivemos o problema de o suporte áudio estar com um volume muito diminuído, dificultando a apresentação do vídeo preparado.

APÊNDICE 2 – Planeamento das sessões do Projeto de Melhoria Contínua “Stress e Sobrecarga do Cuidador”

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

Sessão 0 - Avaliação do Cuidador

Local	Domicílio do cuidador
Data	Início dia 09/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 30 min para o desenvolvimento e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Cuidadores de familiares de utentes inseridos da ECCI
Recursos materiais	- Mesa, cadeiras, papel e caneta.
Objetivo geral	- Conhecer e realizar avaliação do cuidador
Objetivos específicos	- Informar sobre o projeto e respetiva intervenção; - Estabelecer os diagnósticos de Enfermagem na área da Saúde Mental.
Métodos	-Interrogativo e participativo.
Descrição geral das atividades	- Informar sobre as sessões e os objetivos das mesmas; - Entrevista clínica (Avaliação inicial do cuidador); - Aplicar Escala de Sobrecarga do cuidador; - Aplicar Indicador de resultado NOC para “Nível de Stress”; - Entregar Manual do Cuidador.

Avaliação	Feedback do cuidador ao longo da sessão.
------------------	--

Sessão 1 – O Papel do Cuidador

Local	Domicílio do cuidador
Data	Início dia 09/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 30 min para o desenvolvimento e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Cuidadores de familiares de utentes inseridos da ECCI
Recursos materiais	- Manual do cuidador, mesa e cadeiras.
Objetivo geral	- Ensinar sobre o papel do prestador de cuidados
Objetivos específicos	- Perceber os conhecimentos acerca do papel enquanto cuidador; - Ensinar sobre a importância do seu bem-estar para o cuidado adequado ao utente dependente; - Conhecer o cuidador e perceber quais são os seus sentimentos e emoções associados ao cuidar; - Ensinar sobre prevenção de complicações, identificando sinais precoces de stress e sobrecarga; - Habilitar o cuidador no desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>.

Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo
Descrição geral das atividades	• Clarificar e informar da importância do seu papel enquanto cuidador e da importância do seu bem-estar no cuidado à pessoa dependente (emoções, expectativas e exigências de ser cuidador): - Importância do papel de cuidador; - Dificuldades associadas ao papel de cuidador; - Clarificação do seu papel enquanto cuidador; - Impacto das suas ações no seu familiar; - Conhecimento acerca das repercussões da doença; - Importância do seu bem-estar físico e mental. • Emoções e sentimentos associados ao cuidar. • Avaliar a possibilidade de envolver outros membros da família para que o cuidador possa compartilhar dúvidas e dificuldades desde o início do processo. • Se não existir stress e sobrecarga no cuidar: - Informar sobre a prevenção de complicações, identificação de sinais precoces de que algo não está bem (sinais de alerta) e auxiliar na promoção e manutenção do seu bem-estar, encorajando e reforçando as atitudes positivas. • Na presença de stress e sobrecarga no cuidar: - Implementar em conjunto com o cuidador, estratégias para alívio da sobrecarga e do stress, por forma a proporcionar o seu bem-estar, promover a participação em atividades lúdicas tais como escrever, pintar, jardinagem...

	• Efetuar levantamento de problemas de saúde física e mental do cuidador: - Desenvolver estratégias conjuntas para a sua diminuição (caso existam); - Fazer uso da técnica de resolução de problemas. • Reforço de aspetos positivos (encorajar e reforçar positivamente a pessoa).
Avaliação	Feedback do cuidador ao longo da sessão.

Sessão 2 (opcional) - Relaxamento

Local	Domicílio do cuidador
Data	Início dia 09/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 30 min para o desenvolvimento e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Cuidadores de familiares de utentes inseridos da ECCI
Recursos materiais	- Guião de relaxamento, mesa e cadeira/sofá confortável.
Objetivo geral	- Ensinar sobre técnicas de relaxamento.

Objetivos específicos	- Ensinar sobre benefícios do relaxamento para o bem-estar do cuidador; - Capacitar o cuidador para utilizar o relaxamento enquanto estratégia para prevenir ou diminuir o stress; - Promover o bem-estar.
Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo
Descrição geral das atividades	• Sessão de Relaxamento: -Explicar indicações e benefícios do Relaxamento; -Informar sobre os diversos tipos de relaxamento que pode realizar; -Realização e ensino de um método de Relaxamento considerado o mais adequado para a situação: (Muscular Progressivo de Jacobson; Relaxamento por imaginação guiada; Treino autogénico de Schultz; Técnica de relaxamento muscular modificado).
Avaliação	Feedback do cuidador ao longo da sessão.

Sessão 3 (opcional) - Processo de luto

Local	Domicílio do cuidador
Data	Início dia 09/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 30 min para o desenvolvimento e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora:

- [REDACTED]

Destinatários	Cuidadores de familiares de utentes inseridos da ECCI
Recursos materiais	- Espaço mais resguardado e cadeiras.
Objetivo geral	- Preparar o luto.
Objetivos específicos	- Preparar o luto de forma antecipatória; - Apoiar o cuidador no processo de luto; - Ensinar sobre complicações associadas ao processo de luto e/ou separação; - Prevenir complicações
Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo
Descrição geral das atividades	• Preparação do cuidador para a perspetiva de fim de vida do familiar que cuida e /ou institucionalização. • Informar sobre a importância de: -Projetar a sua vida sem essa pessoa no futuro; -Manter atividades que preencham a sua vida além das que são inerentes ao processo de cuidar, numa perspetiva de continuação de interesses para quando o familiar falecer ou for institucionalizado; -Possíveis complicações associadas ao processo de luto, por forma a que este se apresente desperto no aparecimento de alguma sintomatologia ou mal-estar emocional.

Avaliação	Feedback do cuidador ao longo da sessão.
------------------	--

Sessão de conclusão

Local	Domicílio do cuidador
Data	Início dia 09/11/2023
Duração	5 min para o momento de apresentação, 30 min para o desenvolvimento e 5 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Cuidadores de familiares de utentes inseridos da ECCI
Recursos materiais	- Mesa, cadeiras, papel e caneta.
Objetivo geral	Avaliar a intervenção com o cuidador.
Objetivos específicos	- Concluir a avaliação com o cuidador; - Esclarecer dúvidas ou reforçar algum conteúdo abordado nas sessões anteriores.
Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo

Descrição geral das atividades	• Solicitar ao cuidador que faça uma síntese do percurso realizado; • Avaliar a intervenção permitindo a expressão de emoções; • Confirmar a transição do cuidador entre a sua situação atual e a situação futura; • Rever com o cuidador o processo de mudança; • Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e o indicador NOC de resultado para “Nível de Stress”
Avaliação	Questionário de satisfação da intervenção.

ANÁLISE SWOT – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA “STRESS E SOBRECARGA DO CUIDADOR”

Forças (S) – A preparação e estudo sobre esta temática, permitiram um discurso mais fluido e organizado e sem a necessidade de suporte de leitura. De igual forma, também facilitou a resposta para questões e dúvidas que os cuidadores pudessem colocar.

Fraquezas (W) – Apesar de existir um guião com os assuntos a abordar em cada sessão, uma vez que estas são individuais, foi necessário adaptar as intervenções no momento, às condições e necessidades de cada cuidadora, assim como gerir o discurso devido à imprevisibilidade das interações com as mesmas.

Oportunidades (O) – Participar e dar continuidade a um projeto de melhoria contínua numa área que é do meu interesse.

Ameaças (T) - As ameaças ou fatores externos dizem respeito ao ambiente físico em que as sessões foram realizadas, uma vez que não foi possível aos cuidadores disponibilizar um espaço sossegado e isolado para a realização das mesmas. Assim, acabaram por existir algumas distrações ao longo do contacto, quer por outros membros da família ou por

peçoas externas. Contudo, não considero que tenham sido um impedimento para a realização desta intervenção.

APÊNDICE 3 – Caso clínico: estágio em contexto hospitalar

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem Psiquiátrica, do XIII Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob orientação pedagógica do



Este trabalho consiste na realização de um caso clínico, de maneira a promover o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para o desenvolvimento deste caso clínico, foi escolhido o utente Sr. A., de 70 anos de idade, com diagnóstico médico de “perturbação delirante crónica”, sendo este o seu primeiro internamento.

Deste modo, este caso clínico tem como objetivos: desenvolver competências na colheita de dados e na entrevista clínica de enfermagem, criar um plano de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria em parceria com o utente e intervir junto de um utente com uma doença mental.

Assim, este trabalho irá ser constituído estruturalmente por: esta introdução, história clínica retirada do processo clínico do utente, avaliação inicial de enfermagem, exame do estado mental, entrevista de colheita de dados (seguindo o modelo de entrevista de enfermagem de Sequeira, 2020), plano de cuidados (com focos identificados através da colheita de dados, diagnósticos, objetivos e intervenções com respetiva avaliação). Por fim, será apresentada uma conclusão onde será realizada uma síntese do caso clínico desenvolvido.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1. HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: [REDACTED]

Idade: 70 anos

Sexo: Masculino

Data de admissão: [REDACTED] (internamento compulsivo)

Estado civil: Casado

Habilitações literárias: 4º ano

Profissão: Reformado desde 2016, [REDACTED]
[REDACTED]

Religião: Católica

Residência: [REDACTED]

Agregado familiar: O Sr. A vive com a esposa (Dª F. de 64 anos), tem duas filhas. [REDACTED]
[REDACTED]

Contacto de referência: Dª F. (esposa)

Motivo de internamento: Doente em internamento compulsivo, foi referenciado pelo serviço de urgência por angústia e comportamento obsessivo pela esposa.

Antecedentes pessoais: Sem antecedentes psiquiátricos conhecidos.
[REDACTED]

Diagnóstico: Perturbação delirante crónica.

1.2. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Dados pessoais:

- Nome preferido: A.
- Antecedentes pessoais: Desconhece antecedentes pessoais.

Familiar de referência: D^a F., esposa.

Respiração e circulação: O Sr. A. não apresenta secreções ou edemas, nem hábitos tabágicos.

Autocuidado comer e beber: É independente neste autocuidado e não apresenta alterações na deglutição. Não tem nenhuma alergia ou intolerância alimentar, referindo que tem uma alimentação variada e que realiza 5 refeições por dia. Refere ingerir um copo de vinho tinto ao jantar, com cerca de 100ml. Afirma beber cerca de 1,5L de água por dia. Apresenta dentição completa.

Eliminação: Relativamente à eliminação intestinal, refere que tem uma dejeção por dia ou em dias alternados. Em relação à eliminação vesical, refere que tem 5 a 6 micções por dia.

Autocuidado atividade física: Dependente neste autocuidado. Refere que realiza caminhadas na praia todos os dias.

Autocuidado sono/repouso: Refere ausência de insónia ou dificuldade em adormecer. Afirma dormir cerca de 7h a 8h por noite.

Autocuidado higiene: Hábitos de higiene corporal cuidados, apresentando pele e mucosas hidratadas, coradas e íntegras.

Consciência, emoção: Vígil e calmo.

Comunicação, sensação e interação social: Discurso fluido e coerente, não apresenta compromisso da audição e visão. Mantém uma interação social adequada com outros utentes internados no serviço.

1.3. EXAME DO ESTADO MENTAL

Aparência: Apresenta uma aparência cuidada, roupa adequada ao ambiente em que se encontra.

Consciência: Encontra-se vígil durante a entrevista.

Estado cognitivo: Encontra-se orientado auto e alopsiquicamente (no tempo e no espaço). Apresenta a memória preservada, sendo capaz de recordar experiências passadas e eventos recentes. Mantém a atenção nas questões que lhe são colocadas, não se distraíndo com estímulos externos.

Pensamento: Apresenta um pensamento coerente, com fluxo adequado. No entanto, observa-se a presença de delírios (conteúdo de ciúme e autoreferência).

Linguagem: Apresenta um discurso fluido e coerente, com velocidade e volume adequados.

Sensopercepção: Não foram observadas alterações da mesma.

Afetividade e humor: Durante a entrevista, apresentou humor eutímico.

Juízo crítico: Não apresenta crítica ou insight relativamente à sua doença, considerando o internamento desnecessário.

1.4. ENTREVISTA DE COLHEITA DE DADOS

Para a entrevista de colheita de dados, foi utilizado o modelo proposto por Sequeira (2020) para a realização da entrevista clínica. Deste modo, foram realizadas questões no sentido de explorar os seguintes conteúdos: dados pessoais, história familiar, história social, história pessoal e história clínica. A entrevista de colheita de dados foi realizada no dia 11/10/2021.

Dados pessoais

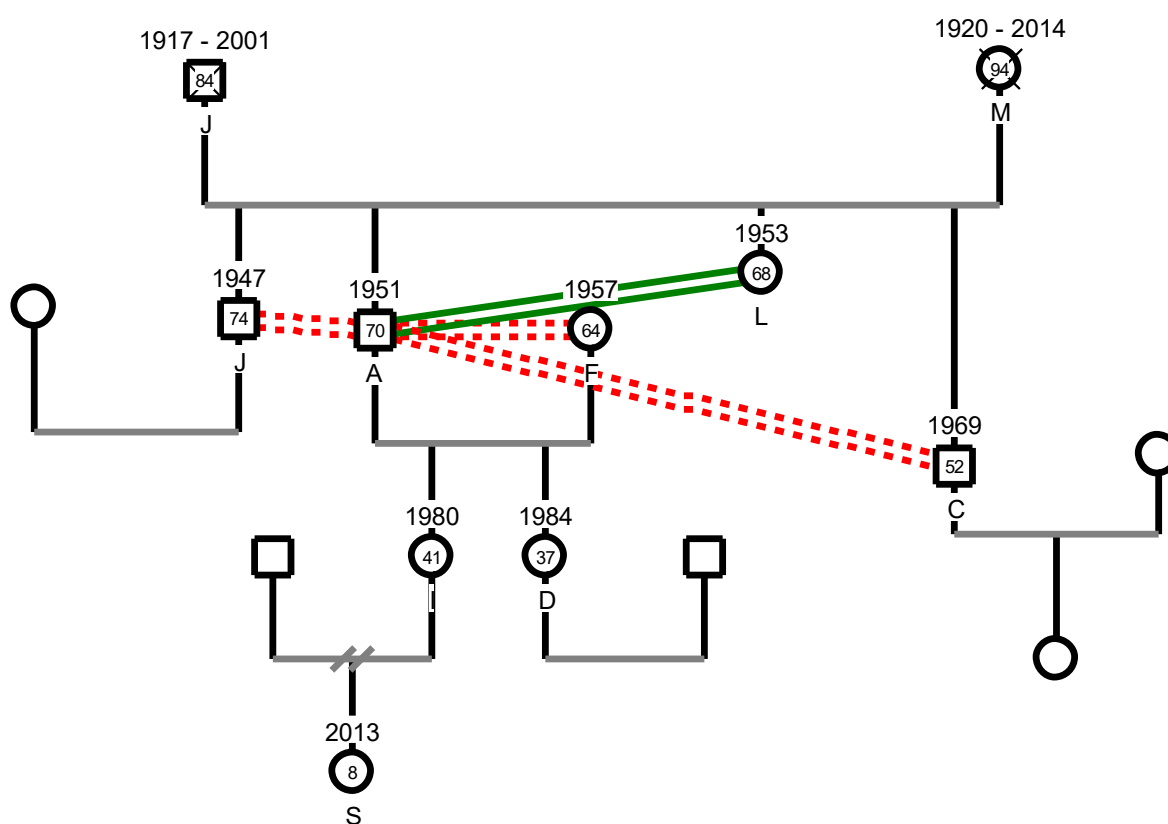
O Sr. A. refere que fez o 4º ano de escolaridade e que começou a trabalhar quando tinha 13 anos de idade, “trabalhava numa fábrica sem ganhar dinheiro, depois a carregar camiões, entregar jornais... nunca tive medo de trabalhar” (sic). Afirma que emigrou para a França com 17 anos e esteve a trabalhar na construção civil. Quando regressou a Portugal, criou um negócio por conta própria de venda de roupa interior que manteve até à sua reforma.

História familiar

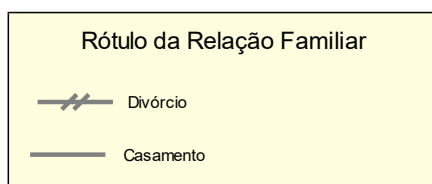
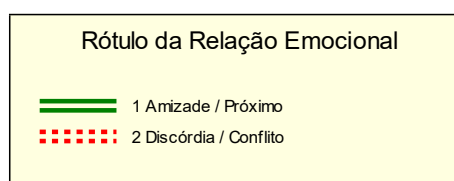
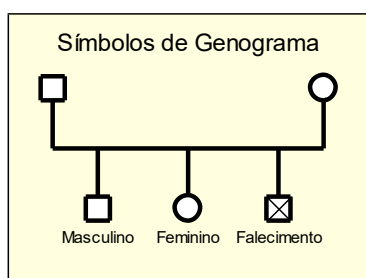
Quando questionado sobre com quem vivia, o Sr. A refere “com uma senhora que é minha esposa, mas é por causa disso que aqui estou” (sic).

O Sr. A. refere que tem duas filhas

Genograma

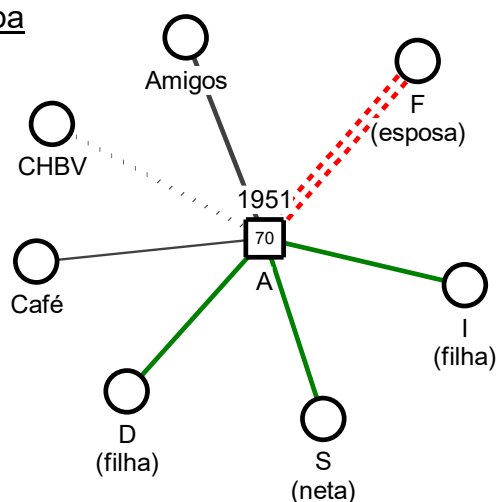


Legenda:

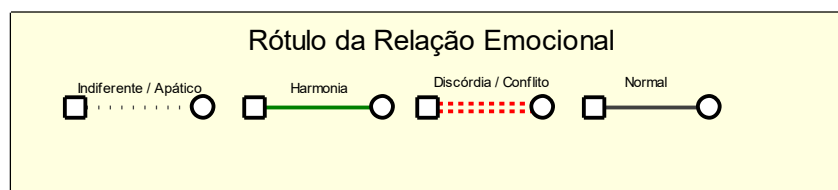


História social

Ecomapa



Legenda



História pessoal

O Sr. A. refere ter tido uma infância normal, mas uma adolescência mais desafiante “comecei a trabalhar muito cedo e tive trabalhos muito duros” (sic). Depois de ter emigrado para França, regressou a Portugal para fazer a tropa e esteve no ultramar “em Angola aproximadamente 20 meses” (sic). Após a tropa, voltou para a França onde conheceu a sua esposa (também emigrada) e teve as duas filhas. Regressou a Portugal definitivamente em 1989 e “criei o meu próprio negócio como comerciante, tinha um armazém e vários empregados” (sic).

História clínica

- Caracterização do problema atual

Quando questionado sobre o que o levou a este internamento, o Sr. A referiu que se encontra internado por causa da mulher. Assim, pedi para o mesmo elaborar esse assunto, pelo que referiu que começou a desconfiar o ano passado que a mulher o traía quando decidiu comprar uma autocaravana, pois era algo que ambos já falavam há anos. No entanto, a mulher não ficou entusiasmada com a compra e foi esse o motivo que o levou a ficar desconfiado inicialmente.

- Perceção da pessoa sobre o problema

Quando questionado sobre qual era a sua opinião relativamente ao internamento, refere que não conseguia perceber a justificação que os médicos lhe davam para o internamento, afirmando “não acho que a minha mente esteja assim tão fraca” (sic).

Quando questionado sobre o que as filhas pensavam sobre esta situação, refere que as mesmas estavam imparciais, “acreditam na mãe, mas dizem que estão aqui para me apoiar” (sic). Questionei o que sentia em relação àquilo que me contou, referindo que compreendia porque “elas sempre foram muito chegadas à mãe, ela só trabalhou no início da relação, depois ficou a tomar conta das nossas filhas e da casa” (sic).

- História da evolução do problema

Quando questionado sobre a evolução deste problema, o Sr. A. refere que são vários os sinais que o levam a acreditar que a mulher o trai. Após o incidente da autocaravana, o Sr. A disse que decidiu ver as mensagens do telemóvel da mulher, tendo lido várias conversas com as amigas. Quando questionado sobre o teor das mesmas, refere que “elas estavam a dar-lhe apoio moral em relação ao amor, a dizer que ela merecia ser feliz com o homem certo” (sic).

Para além disso, refere que o amante tem um acordo com um vizinho que mora num prédio em frente à casa do Sr. A. Afirma que, por o vizinho se encontrar numa posição favorável em relação à casa dele, consegue comunicar com o amante da mulher através de sinais de luzes e das persianas (mais fechadas ou mais abertas), para indicar quando a mulher se encontra sozinha em casa ou não.

Afirma também que chegou a colocar gravadores em vários locais da sua casa, numa tentativa de “apanhar os dois” (sic). No entanto, refere que o gravador não conseguiu captar nenhuma conversa em concreto, porque “ela e o outro deviam estar longe do gravador, mas consegui perceber várias vozes baixinhas e sei que eram eles” (sic).

Outra situação relatada pelo Sr. A, ocorreu quando este estava na sua horta. Refere que um casal vizinho parou do outro lado da rua a olhar fixamente para ele, “não disseram bom dia, nem boa tarde, só ficaram a olhar para mim” (sic), tendo interpretado aquele olhar como “uma mensagem para eu ter cuidado” (sic).

Quando questionado sobre como era a relação com a esposa anteriormente, o Sr. A refere que antigamente ele e a esposa tinham uma boa relação, que estiveram emigrados na França e que depois regressaram a Portugal. Acrescenta que nunca tinha reparado em nenhum sinal que antecipasse o comportamento da mulher, mas refere que “olhando para trás, a minha esposa de vez em quando ia ter ao armazém onde eu trabalhava e uma colega minha disse-me um dia que isso era um comportamento estranho” (sic). Questionei qual o significado que ele atribuía a essa opinião, pelo que respondeu que era possível que a mulher o andasse a trair com um colega de trabalho.

De seguida, referiu que a família da mulher tem um “historial de traições. O pai, o irmão e a ex-mulher do irmão sempre andaram a trair as pessoas com quem estavam” (sic). Afirma que a mulher é muito próxima da ex-cunhada (ex-mulher do irmão), sendo uma amizade que ele não aprova, pois “ela fala muito com a cunhada e ela é uma má influência” (sic).

- Fatores associados ao problema

O Sr. A. afirma que esta situação teve início quando deixou de trabalhar, em 2019, pois “estava mais por casa e comecei a estar mais atento aos sinais” (sic). Em relatório médico, está descrito um antecedente de [REDACTED] que terá iniciado no ano de 2019. No entanto, o Sr. A. não aborda este diagnóstico, pelo que não o explorei em entrevista.

- Estratégias mobilizadas pela pessoa para minimizar ou resolver o problema

O Sr. A. afirma que a única solução para a sua situação atual, é o fim do matrimónio com a mulher.

- Recursos da pessoa para a resolução do problema

Quando questionado sobre se expressava os seus sentimentos em relação a esta situação com alguém, disse que apenas falou com familiares próximos e que estes “acham que são tudo ideias da minha cabeça, mas eu percebo os sinais. Já ando desconfiado desde 2020” (sic). Contudo, acrescenta que tem um primo que acredita nele, afirmando que um dia ele estava a passear com a mulher na rua e cruzaram-se com ele, sendo que a mulher fugiu para o outro lado da rua. Após ser questionado sobre qual tinha sido o motivo dessa ação, refere que a mulher não queria encarar o primo por este saber a verdade, sendo um sinal que provava que ela o andava a trair.

Quando questionado sobre a existência de algum hobby, o Sr. A. refere que tem uma horta em casa e que “quando tenho paciência, planto algumas hortaliças... Também ia várias vezes ao café jogar sueca [REDACTED]” (sic).

- Prognóstico

Quando questionado sobre como se estava a sentir no internamento, o Sr. A. afirma que “agora com a medicação não penso tanto nisso, mas sei que ela agora está sozinha e à vontade para fazer o que quiser” (sic).

Quando questionado sobre as perspectivas que tem quando regressar a casa, o Sr. A. considera que o divórcio é a única solução, pois está “um ambiente pesado em casa”. Questionado sobre a possibilidade de explorar outras soluções, disse que “já fiz tudo aquilo que podia ser feito, fui ao psiquiatra, ao psicólogo e já fomos os dois juntos a terapia...só quero o divórcio para ficar sossegado” (sic).

Medicação no internamento:

- Ácido fólico, 5mg, oral, 9h
- Alprazolam, 0,5mg, oral, 12h/21h
- Risperidona, 6mg, oral, 23h
- Paliperidona, 150mg, intramuscular, 1ª toma a 18/10 e 2ª toma a 22/10

Medicação prescrita para o domicílio:

- Alprazolam, 0,5mg, oral, 1 comprimido ao pequeno-almoço e ao jantar
- Trazadona, 150mg, 1 comprimido ao jantar
- Paliperidona, 150mg, intramuscular, 3ª toma a 15/11

1.5. PLANO DE CUIDADOS

Data da realização da intervenção	Foco e Diagnóstico	Objetivo	Critério de resultado	Intervenção (e atividades que concretizam a intervenção)	Avaliação
22/10/2021 27/10/2021	<u>Foco:</u> Regime terapêutico <u>Diagnóstico:</u> Potencialidade para melhorar capacidade para gerir o regime terapêutico	Melhorar capacidade para gerir o regime terapêutico	Que o utente verbalize a importância de gerir o regime terapêutico, assim como estratégias que permitem a sua gestão.	- Avaliar gestão do regime terapêutico (através do questionamento sobre os ensinamentos realizados) - Encorajar tomada de decisão - Ensinar sobre regime terapêutico (informar sobre estilos de vida saudáveis) - Ensinar sobre padrão alimentar (referir em que consiste uma alimentação saudável e equilibrada e a sua importância para a manutenção da saúde mental) - Ensinar sobre padrão de exercício (referir os benefícios do exercício físico para promover o seu bem-estar e saúde mental, aconselhar a realização de uma atividade que goste de forma regular) - Ensinar sobre regime medicamentoso	22/10/2021 Utente verbaliza as diferentes categorias que constituem o regime terapêutico, referindo em que consiste cada uma delas. 27/10/2021 Utente verbaliza as diferentes categorias que constituem o regime terapêutico, referindo em que consiste cada uma delas (solicitando clarificação de algumas dúvidas). Refere estratégias que vai utilizar de maneira a não falhar na gestão do regime terapêutico.

				(explicar o objetivo terapêutico da medicação, os seus efeitos secundários, como tomar a medicação, como evitar erros na toma da mesma e aconselhar sobre estratégias para aumentar o comportamento de adesão) - Ensinar sobre padrão de sono (referir os benefícios de uma boa higiene do sono para o bem-estar e saúde mental, e estratégias para uma melhoria da qualidade de sono) - Ensinar sobre estratégias para a prevenção de recaídas (informar sobre sinais de alerta, referir a importância de conhecer bem a sua doença e os seus sintomas) - Incentivar adesão ao regime terapêutico - Orientar para o serviço de saúde (informar sobre recursos na comunidade que apoiam a gestão do regime terapêutico)	
22/10/2021	<u>Foco:</u> Conhecimento do prestador de cuidados <u>Diagnóstico:</u> Conhecimento do prestador de cuidados comprometido	Melhorar conhecimento sobre a doença	Que o prestador de cuidados verbalize em que consiste a doença do utente, o tratamento da mesma e possíveis complicações.	- Ensinar o prestador de cuidados sobre o processo de doença (etiologia e sintomatologia) - Ensinar o prestador de cuidados sobre o tratamento (em que consiste o regime	22/10/2021

Não foi possível avaliar os ensinamentos realizados com o prestador de cuidados (filha mais velha), por não me encontrar no serviço quando a mesma veio visitar novamente o pai. Disponibilizei-me para responder a qualquer questão e

				terapêutico e medicamentoso) - Ensinar o prestador de cuidados sobre possíveis complicações - Ensinar o prestador de cuidados a gerir o delírio (explicar os sinais de alerta e como agir face aos mesmos) - Disponibilizar presença	para partilha de emoções.
20/10/2021 27/10/2021	<u>Foco:</u> Autocuidado: atividade recreativa <u>Diagnóstico:</u> Autocuidado: atividade recreativa comprometido	Promover o autocuidado: atividade recreativa	Que o utente tenha uma atividade recreativa aquando do regresso a casa.	- Avaliar autocuidado: atividade recreativa - Ensinar sobre atividade recreativa - Ensinar sobre recursos na comunidade - Incentivar o autocuidado: atividade recreativa	20/10/2021 Utente refere a importância de realizar atividades recreativas para promover o seu bem-estar e saúde mental. 27/10/2021 Utente refere que, após a alta, irá voltar a trabalhar na horta dele e a combinar idas ao café com os amigos, pois considera estas atividades importantes para a sua recuperação.
14/10/2021 15/10/2021 20/10/2021 22/10/2021 27/10/2021	<u>Foco:</u> Processo de pensamento <u>Diagnóstico:</u> Processo de pensamento comprometido [delírio de ciúme]	- Diminuir episódios de delírio - Identificar alterações no conteúdo do pensamento	Que o utente apresente diminuição de atividade delirante.	- Avaliar pensamento (através de escala de avaliação do pensamento que se encontra no anexo I) - Disponibilizar suporte emocional - Executar relação de ajuda - Executar terapia de orientação para a realidade (através da técnica “atitude empática” com compreensão empática da relação de ajuda, e	14/10/2021 Utente apresenta compromisso do processo de pensamento, com delírio de conteúdo de ciúme presente no seu discurso. 15/10/2021 Mantém delírio de ciúme relativamente à esposa. 20/10/2021 Utente começa a questionar o delírio,

				questionamento periférico) - Ensinar sobre o delírio - Incentivar participação em atividades de distração - Otimizar comunicação	estando mais consciencializado para a sua doença. No entanto, o delírio de ciúme ainda se encontra presente. 22/10/2021 Mantém delírio de ciúme, apesar deste se encontrar mais esbatido. 27/10/2021 Utente refere estratégias que irá adotar em casa quando perceber que apresenta pensamentos intrusivos relativamente à sua esposa. Apresenta alguma crítica para a sua doença, mas mantém crença de que a mulher o anda a trair e que a família “está toda do lado da minha esposa” (sic).
--	--	--	--	---	---

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste caso clínico, foi possível aplicar algumas intervenções e técnicas de colheita de dados aprendidas nas aulas teóricas, permitindo desenvolver e treinar algumas competências intrínsecas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Deste modo, considero que os objetivos propostos para este trabalho foram atingidos, uma vez que consegui desenvolver uma relação de confiança com o utente que me permitiu uma colheita de dados mais completa e a criação de um plano de cuidados em parceria com o utente. Apesar de não ter sido possível uma inversão total da atividade delirante, verificou-se uma melhoria no insight do utente, tendo tido a oportunidade de realizar as intervenções a que me propus no plano de cuidados.

Em suma, considero que este modelo de aprendizagem é útil para o treino das competências, permitindo um contacto mais próximo com o utente com doença mental, auxiliando a organização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model of mental health care: a guide for mental health professionals*. USA, Nova Iorque: Brunner-Routledge.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Portugal, Lisboa: Lidel.

APÊNDICE 4 – Caso clínico: estágio em contexto de respostas diferenciadas

INTRODUÇÃO

O presente documento trata-se de um Plano Individual de Cuidados (PIC) realizado durante o estágio na Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) [REDACTED]. Este PIC foi desenvolvido com uma utente que é seguida pela Equipa Comunitária [REDACTED], onde realizada a administração mensal de um Neuroléptico de Ação Prolongada.

A realização do PIC, foi sugerida pela Enfermeira EESMP [REDACTED], pois é uma forma sistematizada para demonstrar o raciocínio clínico e a intervenção efetuada, permitindo uma discussão e reflexão sobre o mesmo. Assim, este trabalho pretende dar resposta ao objetivo “c) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais e prestar cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, à pessoa com doença mental”, proposto no projeto de estágio.

A colheita de dados seguiu as orientações presentes no livro “Enfermagem em Saúde Mental| Diagnósticos e Intervenções”, de Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (2020). Ao longo da entrevista, procurou-se perceber a perspetiva da utente face à sua situação e os objetivos que pretendia atingir no futuro. Para a determinação dos focos, intervenções e respetivas atividades, foi consultada a CIPE 2019 (ICN Browser) e o livro acima mencionado de Sequeira e Sampaio (2020).

Para além disso, uma vez que as ECSM atuam na promoção do tratamento, reabilitação e reintegração psicossocial das pessoas com doença mental, foi também elaborado um plano individual de recuperação, baseado no Programa de cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR), como intervenção pertencente ao diagnóstico: Potencialidade para melhorar adesão ao regime terapêutico.

1. HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: D.

Idade: 30 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Solteira

Habilitações literárias: Licenciatura

Profissão: Desempregada

Residência: [REDACTED]

Agregado familiar: A D. vive com os pais e com a irmã mais nova.

Contacto de referência: D^a G., mãe.

Internamentos: Dois internamentos no serviço de psiquiatria [REDACTED]
[REDACTED]

Diagnóstico: Perturbação esquizoafectiva.

2. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS)

Dados pessoais:

- Nome preferido: D.
- Antecedentes pessoais: Desconhece antecedentes pessoais.

Familiar de referência: D^a G, mãe.

Respiração e circulação: A D. não apresenta secreções ou edemas, nem hábitos tabágicos.

Autocuidado - comer e beber: É independente neste autocuidado e não apresenta alterações na deglutição. Não tem nenhuma alergia ou intolerância alimentar, referindo que tem uma alimentação variada e que realiza cerca de 4 a 5 refeições por dia. Afirma beber cerca de 1,5L de água por dia. Refere beber 3 cafés por dia (pequeno-almoço, lanche da manhã e almoço). Apresenta dentição completa.

Eliminação: Relativamente à eliminação intestinal, refere que tem uma dejeção por dia. Em relação à eliminação vesical, refere que tem 5 a 6 micções por dia.

Autocuidado - atividade física: Independente neste autocuidado. Refere frequentar um ginásio 3 a 4 vezes por semana.

Autocuidado - sono/repouso: Refere ausência de insónia ou dificuldade em adormecer. Afirma ter o cuidado de manter um horário fixo para deitar e acordar, dormindo cerca de 7h a 8h por noite.

Autocuidado - higiene: Hábitos de higiene corporal cuidados, apresentando pele e mucosas hidratadas, coradas e íntegras.

Consciência, emoção: Vígil e calma.

Comunicação, sensação e interação social: Discurso fluido e coerente, não apresenta compromisso da audição e visão. Mantém uma interação social adequada aquando da entrevista.

Interação de papéis/bem-estar: Não refere amizades, mas tem uma interação positiva com as pessoas que frequentam o ginásio. Tem uma relação de conflito com o pai, que mantém uma atitude rígida para com ela. Refere estar a sentir-se melhor e ter a perceção das melhorias na vida dela.

Aprendizagem: Encontra-se a frequentar um curso online [REDACTED]
[REDACTED]

3. EXAME DO ESTADO MENTAL

Aparência: Apresenta uma aparência cuidada, roupa adequada ao ambiente em que se encontra e à estação do ano.

Consciência: Encontra-se vígil durante a entrevista.

Estado cognitivo: Encontra-se orientada auto e alopsiquicamente (no tempo e no espaço). Apresenta a memória preservada, sendo capaz de recordar experiências passadas e eventos recentes. Mantém a atenção nas questões que lhe são colocadas, não se distraindo com estímulos externos.

Pensamento: Apresenta um pensamento coerente, com fluxo adequado. No entanto, refere haver momentos em que “ainda penso que estão contra mim e me querem fazer mal” (sic) (delírios de conteúdo persecutório e autoreferência).

Linguagem: Apresenta um discurso fluido e coerente, com velocidade e volume adequados.

Sensopercepção: Não foram observadas alterações da mesma.

Afetividade e humor: Durante a entrevista, apresentou humor eutímico.

Juízo crítico: Utente demonstra ter crítica em relação à sua doença.

Psicomotricidade: Não foram observadas alterações.

4. ENTREVISTA DE COLHEITA DE DADOS

Para a entrevista de colheita de dados, foi utilizado o modelo proposto por Sequeira (2020) para a realização da entrevista clínica. Deste modo, foram realizadas questões no sentido de explorar os seguintes conteúdos: dados pessoais, história familiar,

história social, história pessoal e história clínica. A entrevista de colheita de dados foi realizada no dia [REDACTED]

Dados pessoais

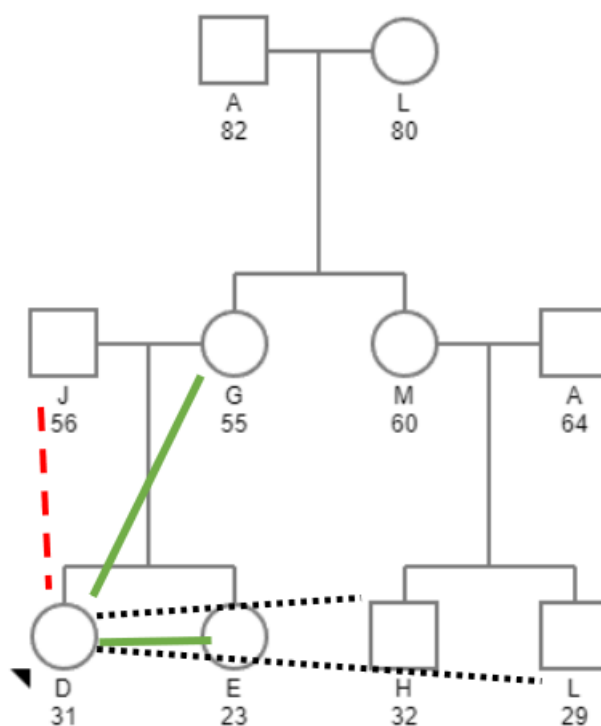
A D. refere ter tirado uma Licenciatura em Economia, tendo encontrado trabalho na área assim que terminou o curso.

História familiar

Quando questionada sobre com quem vivia, a D. refere que vive com os pais e com a irmã. No entanto, durante o período escolar, a irmã só vem para casa aos fins-de-semana, pois está a tirar o curso de Medicina fora do [REDACTED]

Nos registos clínicos, existe informação de que a tia e os primos têm uma doença menta, não especificando o diagnóstico.

Genograma



Símbolos de genograma

○ Feminino

□ Masculino

Rótulo da relação emocional

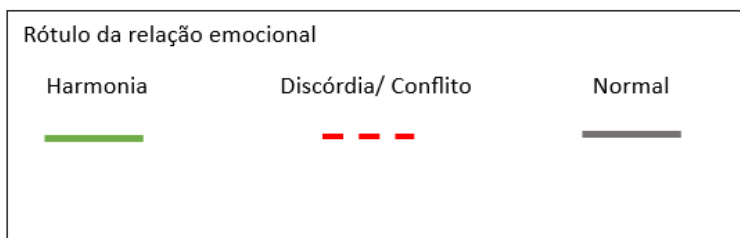
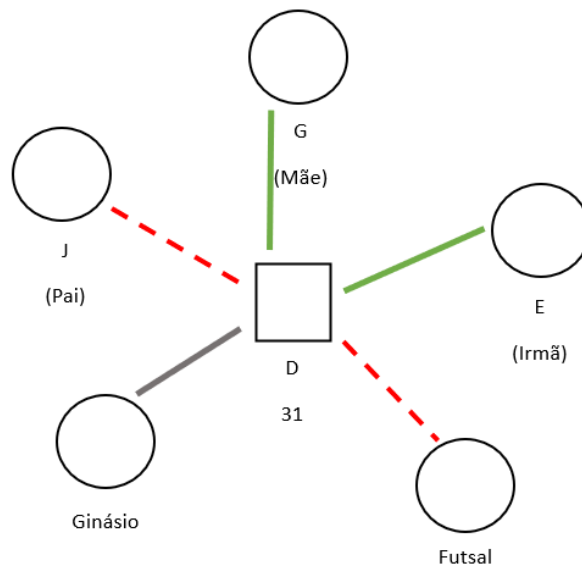
--- Conflito

— Proximidade

..... Indiferente

História social

Ecomapa



História pessoal

A D. refere ter tido uma infância e adolescência normal. Contudo, afirma que “sempre fui muito exigente comigo mesma, tinha de fazer tudo direitinho” (sic). Revela que sempre foi uma pessoa muito rígida e crítica em relação a ela própria.

História clínica

• Caracterização do problema atual

Quando questionada sobre o que a levou ao último internamento, refere que “estava muito deprimida e revoltada, as minhas colegas de trabalho não gostavam de mim. Só falavam mal de mim, disseram para eu tomar cianeto” (sic). Acrescenta também que, por essa altura, sentia que estava constantemente a ser vigiada e perseguida.

• Perceção da pessoa sobre o problema

Quando questionada sobre qual era a sua opinião relativamente às experiências vivenciadas nessa altura, refere que “eu sei que tenho uma doença e que naqueles meses não andava a pensar bem” (sic).

Questionei se ainda mantém alguns pensamentos intrusivos, refere que “às vezes ainda me passam ideias esquisitas pela cabeça, mas já não acho que existem pessoas que me querem fazer mal. E se quiserem falar mal de mim, que falem” (sic).

• História da evolução do problema

Quando questionada sobre a evolução da sua doença, a D. refere que antes do primeiro internamento, “não conseguia estar à vontade, sentia que toda a gente estava contra mim” (sic). Refere uma interação na estação com um carro que se encontrava parado, dizendo que a estavam a vigiar e que contactou a polícia, “mas eles não fizeram nada. Achava que os policias estavam feitos com eles” (sic). Refere que depois do internamento, começou a melhorar.

Nos registos médicos, está descrito uma diminuição da medicação antipsicótica passado cerca de 1 ano. Contudo, por volta dessa altura, refere que começaram a surgir conflitos com as colegas de trabalho “o trabalho começou a ficar mais complicado e as minhas colegas não ajudaram, só sabiam falar mal de mim e desejar que eu morresse” (sic). Afirma que “cheguei a um ponto que já não aguentava, tive de me despedir” (sic). Quando questionada sobre como lidou com as outras áreas da vida dela, responde “mal, também deixei o futsal. Nunca mais quero voltar” (sic).

No que diz respeito à família, refere ter uma boa relação com a mãe e com a irmã. No entanto, afirma que “não suporto o meu pai, anda sempre em cima de mim, não me deixa em paz. Está sempre a criticar tudo o que eu faço” (sic).

• Fatores associados ao problema

A D. identifica a redução da medicação e o stresse vivenciado no trabalho, como fatores que contribuíram para este segundo internamento e agravamento da doença. Para além disso, demonstra receio, pois “não sei se fiz alguma coisa para provocar a doença, podia ter feito alguma coisa até aqui que provocasse a doença” (sic).

• Estratégias mobilizadas pela pessoa para minimizar ou resolver o problema

A D. afirma que a nova alteração da medicação e introdução do injetável, foram importantes para a sua recuperação, dizendo que “já me sinto novamente a voltar ao normal, antes parecia uma mosca morta” (sic).

• Recursos da pessoa para a resolução do problema

Quando questionada sobre se expressava os seus sentimentos em relação à sua doença a alguém, disse que de momento só confia na mãe e na irmã.

Quando questionada sobre a existência de algum hobby, a D. refere que se juntou a um ginásio “sempre gostei de fazer exercício, na altura de escolher o curso, ou era educação física ou economia. Como deixei o futsal, tive de encontrar outra atividade” (sic).

• Prognóstico

Quando questionada sobre como se está a sentir no presente, a D. refere “eu sei que a minha doença não é curável e tenho de aceitar, mas preocupa-me que as pessoas saibam o que eu tenho e o estigma que existe em relação a estas doenças” (sic).

A D. refere que está a tirar um curso online [REDACTED]. Quando questionado sobre as perspetivas que tem em relação ao futuro, refere estar positiva “estou tranquila, quero acabar o curso e depois arranjar trabalho na área” (sic).

Medicação habitual:

- Aripiprazol, 400mg, IM, mensal
- Venlafaxina, 75mg, PO, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Lítio, 400mg, PO, 1 comprimido ao pequeno-almoço e 1 ao jantar
- Bupropion, 300mg, PO, 1 comprimido ao pequeno-almoço
- Lorazepam, 1mg, PO, 1 comprimido ao deita

5. PLANO DE CUIDADOS

Foco	Diagnóstico	Objetivo	Critério de resultado	Intervenção (e atividades que concretizam a intervenção)	Atividades de avaliação
Adesão ao regime terapêutico	<u>Diagnóstico:</u> Potencialidade para melhorar adesão ao regime terapêutico	- Promover a adesão ao regime terapêutico	Que a utente verbalize a importância de cumprir o regime terapêutico, assim como estratégias que permitam manter a sua adesão.	- Encorajar tomada de decisão - Ensinar sobre regime terapêutico (informar sobre estilos de vida saudáveis) - Ensinar sobre padrão alimentar (referir em que consiste uma alimentação saudável e equilibrada e a sua importância para a manutenção da saúde mental) - Ensinar sobre consumo de álcool - Ensinar sobre padrão de exercício (referir os benefícios do exercício físico para promover o seu bem-estar e saúde mental, aconselhar a realização de uma atividade que goste de forma regular) - Ensinar sobre regime medicamentoso (explicar o objetivo terapêutico da medicação, os seus efeitos secundários, como tomar a medicação, como evitar erros na toma da mesma e aconselhar sobre estratégias para aumentar o comportamento de adesão) - Ensinar sobre padrão de sono (referir os benefícios	-Avaliar adesão ao regime terapêutico -Avaliar conhecimento sobre o regime terapêutico (através do questionamento sobre os ensinamentos realizados)

				de uma boa higiene do sono para o bem-estar e saúde mental, e estratégias para uma melhoria da qualidade de sono) - Ensinar sobre estratégias para a prevenção de recaídas (informar sobre sinais de alerta, referir a importância de conhecer bem a sua doença e os seus sintomas) -Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico - Incentivar adesão ao regime terapêutico -Negociar plano individual de recuperação (baseado no Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR)) - Executar plano individual de recuperação (baseado no CIR) - Orientar para o serviço de saúde (quando necessário)	
Processo de pensamento	Processo de pensamento comprometido [delírio persecutório e de autorreferência]	-Diminuir episódios de delírio -Identificar alterações no conteúdo do pensamento	Que a utente apresente diminuição de atividade delirante.	-Gerir ambiente (evitar hiperestimulação sensorial) - Executar escuta ativa -Disponibilizar suporte emocional -Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre os fatores etiológicos	-Avaliar pensamento [delírio persecutório e de autorreferência] (quanto à frequência, duração e tema) -Vigiar pensamento [delírio persecutório e de autorreferência]

				do delírio; a importância da adesão ao regime terapêutico, mesmo na ausência da sintomatologia delirante; a importância de manter hábitos de vida saudáveis); - Executar terapia de orientação para a realidade (através da técnica “atitude empática” com compreensão empática da relação de ajuda, e questionamento periférico) - Ensinar sobre o delírio -Incentivar participação em atividades de distração -Otimizar comunicação	
Conhecimento sobre a doença	Potencialidade para melhorar conhecimento sobre a doença	-Melhorar conhecimento sobre a doença	- Que a utente verbalize as manifestações e complicações da doença - Que a utente verbalize fatores que podem agravar a doença -Que a utente verbalize estratégias de prevenção e tratamento da doença	- Ensinar sobre processo patológico - Ensinar sobre manifestações da doença - Ensinar sobre complicações da doença - Ensinar sobre estratégias de prevenção e tratamento da doença - Ensinar sobre fatores que podem agravar a doença	-Avaliar conhecimento sobre a doença (através do questionamento dos ensinamentos realizados)
Processo familiar	Processo familiar comprometido	-Melhorar processo familiar	- Que a utente verbalize melhorias na relação com o pai	-Monitorizar percepção da funcionalidade da família -Otimizar comunicação -Incentivar o envolvimento da família	- Avaliar processo familiar (observar relacionamentos familiares, identificar processos familiares comprometidos)

				-Otimizar processo familiar (promover a valorização do papel da pessoa na família, otimizar ligação familiar) -Negociar processo familiar	
--	--	--	--	--	--

PLANO INDIVIDUAL DE RECUPERAÇÃO

TEMA: ESTRATÉGIAS DE RECUPERAÇÃO

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	- Ajudar a utente a identificar objetivos que considera importantes para a sua recuperação; - Ajudar a utente a identificar estratégias que facilitem o seu processo de recuperação; - Ajudar a utente a desenvolver um plano para atingir os objetivos definidos; - Encorajar a utente a atingir os objetivos definidos.
Descrição geral das atividades	- Apresentação do plano da presente sessão; - Abordar o conceito de recuperação: pedir à utente que defina este conceito e que refira o que significa para ela; - Questionar sobre estratégias de recuperação: se já utilizou alguma estratégia e se gostaria de utilizar ou experimentar no futuro;

- Estabelecer objetivos que a utente considera importante: refletir com a utente sobre as áreas da vida em que se sente mais ou menos satisfeita, e aquilo que gostaria de mudar e/ou melhorar;
- Definir um plano passo a passo para atingir os objetivos (com auxílio do método “Resolução de problemas e estabelecer objetivos passo a passo”);
- Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: fazer uma lista de lembretes, orientações ou sugestões que tem para si própria na realização dos objetivos;
- Resumo do que foi abordado na sessão.

Resolução de problemas e estabelecer objectivos passo-a-passo

1. Defina o problema ou objectivo da forma mais simples e específica possível.	
2. Indique três formas possíveis para resolver o problema ou conseguir o objectivo	
a. b. c.	
3. Para cada possibilidade, escreva uma vantagem e uma desvantagem	
Vantagens / Prós a. a. b. b. c. c.	Desvantagens / Contras a. a. b. b. c. c.
4. Escolha a melhor forma de resolver o problema ou conseguir um objectivo. Qual a melhor forma de obter sucesso?	
5. Planeie os passos para a decisão tomada. Pense sobre quem vai estar envolvido e que passos cada um terá de dar. Qual o tempo necessário? Que recursos vai precisar. Quais os problemas que poderão surgir e como poderão ser ultrapassados?	
a. b. c. d. e. f.	
6. Defina uma data para avaliar o progresso _____ Considere aquilo que já fez. Decida se o problema já foi resolvido ou se o objectivo já foi alcançado. Se não, decida de deve rever o plano ou tentar outro.	

TEMA: FACTOS PRÁTICOS SOBRE A DOENÇA MENTAL

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Melhorar o conhecimento sobre perturbação esquizoafetiva; • Ajudar a utente a identificar sintomas que experienciou; • Reduzir o estigma.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Ensinar sobre perturbação esquizoafetiva: sintomas, diagnóstico, tratamento e curso da doença; - Questionar a utente sobre sintomas que experienciou; - Abordar o conceito de estigma e estratégias que podem ser utilizadas para lidar com o estigma; - Resumo do que foi abordado na sessão.

TEMA: O MODELO DE VULNERABILIDADE-STRESSE E ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Melhorar o conhecimento sobre o papel do stresse e vulnerabilidade biológica no aparecimento de sintomas; • Melhorar o conhecimento sobre estratégias para reduzir o stresse.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Apresentação do plano da presente sessão; - Explicar os fatores biológicos e os fatores de stresse na doença mental; - Discutir estratégias para reduzir as fontes de stresse: questionar se a utente já utilizou alguma das estratégias discutidas e se gostaria de experimentar uma delas; - Discutir estratégias para lidar com o stresse: questionar se a utente já utilizou alguma das estratégias discutidas e se gostaria de experimentar uma delas; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: sugerir a utilização de um diário para escrever as situações do dia-a-dia que desencadearam maior stresse; - Resumo do que foi abordado na sessão.

TEMA: CRIAÇÃO DE REDES DE SUPORTE SOCIAL

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Informar sobre os benefícios do apoio social; • Ajudar a identificar e treinar estratégias para conhecer pessoas; • Aumentar a rede de apoio social.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Abordar o tema “apoio social”: explicar o que é o apoio social, a importância do apoio social e questionar a utente o que significa o apoio social para ela; - Identificar estratégias com a utente para contactar com outras pessoas: questionar locais onde pode conhecer mais pessoas (se já conheceu pessoas nesses locais ou se gostaria de ir a um desses sítios para conhecer novas pessoas); - Identificar estratégias para iniciar diálogos e para aumentar a proximidade; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: pesquisar mais informação sobre o local onde gostaria de se dirigir e visitar o mesmo; planejar o início de um diálogo com uma pessoa; - Resumo do que foi abordado na sessão.

TEMA: UTILIZAR EFICAZMENTE A MEDICAÇÃO

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Aumentar o conhecimento sobre a medicação para a doença mental; • Promover a adesão ao regime medicamentoso.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Informar sobre a importância da medicação no tratamento da doença mental, quais os medicamentos que podem ser utilizados; - Discutir com a utente os efeitos secundários da medicação, se apresenta algum e quais as estratégias que utiliza para gerir os efeitos secundários; - Explorar com a utente as suas crenças em relação à medicação; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: fazer uma lista de estratégias que pode utilizar para facilitar a toma correta da medicação; - Resumo do que foi abordado na sessão.

TEMA: PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Reduzir o número de recaídas; • Ajudar a pessoa a identificar sinais precoces de alerta; • Ajudar a pessoa a desenvolver um plano de prevenção de recaídas.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Identificar com a utente, fatores desencadeantes de recaída: fornecer exemplos de fatores mais comuns e questionar a utente se vivenciou alguma dessas situações; - Identificar com a utente os sinais de alerta mais frequentes: fornecer exemplos de sinais de alerta, questionar a utente se notou algum destes sinais e como agir quando detetar sinais precoces de alerta; - Negociar com a utente um plano de prevenção de recaídas; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: falar com um familiar próximo e incluí-lo no plano de prevenção de recaídas; - Resumo do que foi abordado na sessão.

Plano de Prevenção de Recaídas

Aviso de acontecimentos ou situações que desencadearam no passado uma recaída:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Aviso dos sinais precoces de alerta vividos anteriormente:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

O que me pode ajudar em caso de estar a ter um sinal precoce de recaída:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Quem eu desejo que me ajude, e o que quero que façam:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Quem eu quero contactar em caso de emergência?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

TEMA: LIDAR COM O STRESSE

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Reduzir fontes de stresse; • Reduzir os efeitos do stresse.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Identificar com a utente, situações que desencadeiam stresse; - Ajudar a utente a identificar sinais que apresenta quando está sob stresse; - Identificar estratégias para prevenção do stresse: perceber se a utente realiza alguma das estratégias e se gostaria de experimentar uma delas; - Ensinar e treinar técnica de relaxamento: respiração abdominal; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: praticar uma estratégia de prevenção do stresse e registar o seu impacto nos níveis de stresse. - Resumo do que foi abordado na sessão.

TEMA: LIDAR COM OS PROBLEMAS E SINTOMAS

Local	
Duração	45 minutos
Recursos materiais	- Folhas e caneta.
Objetivo geral	• Promover o processo de recuperação.
Objetivos específicos	• Melhorar o conhecimento sobre estratégias para lidar com problemas e sintomas específicos.
Descrição geral das atividades	- Resumo da sessão anterior; - Revisão do trabalho para casa; - Apresentação do plano da presente sessão; - Rever o método de “Resolução de problemas e atingir os objetivos passo a passo”; - Identificar com a utente, os problemas e sintomas mais comuns: problemas cognitivos, de humor, sintomas negativos, sintomas psicóticos, consumo de drogas e álcool; - Identificar com a utente, estratégias para lidar com os diferentes problemas e sintomas; - Acordo relativamente às tarefas para realizar em casa: utilizar uma estratégia de <i>coping</i> específica e avaliar a sua efetividade; - Resumo do que foi abordado na sessão.

APÊNDICE 5 – Projeto De Intervenção: Terapia De Reminiscência



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Estágio com relatório final

RAQUEL PEREIRA AMORIM

PROJETO DE INTERVENÇÃO: TERAPIA DE REMINISCÊNCIA



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2- PROJETO: TERAPIA DE REMINISCÊNCIA.....	6
CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

APÊNDICES

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE GRUPO DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO PROJETO

ANEXOS

ANEXO I - SIX ITEM COGNITIVE IMPAIRMENT TEST (6CIT)

ANEXO II - ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (VERSÃO REDUZIDA)

INTRODUÇÃO

O Estágio com Relatório Final em contexto de comunidade, integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica visa oferecer momentos de aprendizagem e intervenção de enfermagem na comunidade, com o objetivo da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Para isto, pretende-se desenvolver atividades que visam a promoção da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, famílias e grupos, prestação de cuidados continuados, reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental grave (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2021).

A Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) [REDACTED] tem como missão colaborar na melhoria do estado de saúde da população do concelho [REDACTED], possibilitando a obtenção de ganhos em saúde, pela prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e de risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo [REDACTED] [REDACTED]).

Desta forma, decidiu-se realizar uma intervenção junto da população idosa, uma vez que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Apesar do envelhecimento ser um processo natural, este acarreta um declínio não só físico, como também cognitivo, sendo importante a existência de intervenções que facilitem o envelhecimento e minimizem possíveis danos (Veloso, 2015). Assim, optou-se por realizar uma intervenção no âmbito da Estimulação Cognitiva, mais concretamente da Terapia de Reminiscência, uma vez que, quando realizada em grupo, apresenta outros benefícios, como a promoção do bem-estar e a prevenção do isolamento social (Gil, 2019).

Este documento encontra-se dividido em: Introdução, Enquadramento teórico, Projeto: Terapia de Reminiscência, considerações finais, bibliografia e apêndices (incluindo o planeamento das sessões).

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2023), em 2022, o índice de envelhecimento (índice que compara a população com idade ≥ 65 , com a população dos 0 aos 14 anos), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens, tendo no ano anterior atingido o valor de 181,3.

O processo de envelhecimento é um processo natural que nos acompanha desde o nascimento até à nossa morte, caracterizando-se por um declínio gradual no funcionamento dos diferentes sistemas corporais. É um processo dinâmico, progressivo, irreversível e, para além disso, é individual, ou seja, não segue o mesmo padrão em todos os indivíduos e associa-se às circunstâncias biológicas, psicológicas e sociais que se processam com o decorrer do ciclo vital (Veloso, 2015).

Desta forma, é importante implementar estratégias que permitam melhorar as funções cognitivas e o bem-estar da população idosa, de maneira a potenciar um envelhecimento saudável.

A reminiscência é um processo natural e inerente a todo o ser humano, e que consiste na recordação de memórias e experiências passadas significativas (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Atualmente, ela é utilizada como uma técnica de estimulação cognitiva, pois a lembrança sistematizada de momentos significativos, vai permitir uma ligação entre o passado e o presente da pessoa, reforçando a sua identidade (Gil, 2019).

A terapia de reminiscência, é uma técnica utilizada com diferentes objetivos. No que diz respeito à prevenção, pode ser usada para facilitar a adaptação às diferentes transições de vida, promover a autoestima, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, e prevenir desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Marques, 2012). Em relação à intervenção após a identificação de um padrão de funcionamento patológico, a terapia de reminiscência pode ser usada como uma técnica de estimulação cognitiva para pessoas com demência, diminuir o isolamento social (através da terapia em grupo), reduzir a presença de sintomatologia pós-traumática e de sintomatologia depressiva (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

Em relação ao formato de intervenção, a terapia de reminiscência pode ser realizada de forma individual ou em dinâmica de grupo. No entanto, as sessões em grupo

apresentam um grande potencial terapêutico, uma vez que promovem a interação social e a comunicação (Gil, 2019). É igualmente importante o foco nas memórias autobiográficas positivas, uma vez que estas se associam ao bem-estar e a sentimentos de orgulho, e o evitamento de memórias negativas, pois podem ser potenciadoras de stresse (Levine, Lench, & Safer, 2009).

Assim, a terapia de reminiscência em grupo pode promover a saúde mental e um envelhecimento saudável, uma vez que, para além de reforçar a identidade da pessoa e preservar um sentido de controlo, vai também produzir ganhos a nível social e no seu bem-estar (Gil, 2019).

2- PROJETO: TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

População alvo

Pessoas com idade ≥ 65 anos, que frequentem [REDACTED]

Amostra

6 - 8 pessoas

Critérios de inclusão

Idade ≥ 65 anos

Frequentarem [REDACTED]

Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015)

Que aceitem participar no projeto

Critérios de exclusão

Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015)

Horizonte temporal

Outubro e novembro de 2023

Objetivo geral

Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência

Objetivos específicos

- Diminuir efeitos do défice cognitivo
- Preservar a reserva cognitiva
- Promover o bem-estar
- Prevenir o isolamento social
- Promover a partilha de memórias e experiências

Recursos

Recursos humanos: Enfermeira [REDACTED]

estudante do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria Recursos

materiais: Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna

Atividades

Apresentação do projeto à equipa da UCC e ao [REDACTED]

Seleção da população alvo e caracterização da amostra

Realização da primeira sessão com o objetivo de aplicar as escalas para avaliação inicial

Realização de 6 sessões de Terapia de Reminiscência em grupo, no [REDACTED] (Apêndice I)

Avaliação

Para caracterização da amostra serão solicitados dados como: idade, género, escolaridade e estado civil (Apêndice II).

Como forma de avaliação, utilizar-se-ão escalas validadas para a população portuguesa, no início e fim do projeto, tais como: Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015) (Anexo I), Escala do Bem-Estar Psicológico - Versão Experimental Reduzida (2004) construída a partir das Scales of Psychological Well-Being (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta (Anexo II).

De forma a avaliar a satisfação relativamente ao projeto, será aplicado, na última sessão, um questionário numa escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre *discordo plenamente* e *concordo plenamente* (Apêndice III).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto foi delineado com o objetivo de desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através do planejamento de atividades de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, durante o estágio em contexto de comunidade.

Apesar do número de sessões ser reduzido, devido ao espaço de tempo da realização deste estágio, espera-se obter ganhos nesta população a nível da cognição e do bem-estar, promovendo a criação de um espaço que permita a partilha de memórias e experiências passadas, diminuindo, de igual forma, o isolamento social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bluck, S. and Levine, L. J. 1998. Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for

Gil, I. (2019). *Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento

Gonçalves, D.; Albuquerque, P., Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI): 101- 110

Levine, L. J., Lench, H. C., & Safer, M. A. (2009). Functions of remembering and misremembering emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1059–1075

Marques, A. (2012). *Terapia de reminiscência*. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Projeto de Intervenção

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30(4), 697-721.

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE GRUPO DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

SESSÃO I – APRESENTAÇÃO DO PROJETO E APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Local	
Data	Semana de 9 a 13 de Outubro
Duração	15 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 10 min para o término da sessão
Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: -
Destinatários	Pessoas com idade ≥ 65 anos, que frequentem o Laboratório do Envelhecimento
CrITÉRIOS de Inclusão	- Idade ≥ 65 anos; - Frequentarem o - Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015); - Que aceitem participar no projeto.
CrITÉRIOS de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.

Objetivo geral	Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência
Objetivos específicos	- Diminuir efeitos do déficit cognitivo - Preservar a reserva cognitiva - Promover o bem-estar - Prevenir o isolamento social - Promover a partilha de memórias e experiências
Descrição geral das atividades	- Apresentação da aluna e de cada elemento constituinte do grupo; - Explicação da estrutura do projeto e da Terapia de Reminiscência; - Projeção do mapa de Portugal de maneira a permitir que cada pessoa indique o local onde nasceu; - Abordar os seguintes temas: nome pelo qual era tratado na sua terra e em casa, características da terra onde nasceu, recordação mais feliz na sua terra; - Pedir para, na próxima sessão, trazer algo alusivo ao tema dos brinquedos.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão.

SESSÃO II – OS BRINQUEDOS DA MINHA INFÂNCIA

Local	
Data	Semana de 16 a 20 de Outubro
Duração	15 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 10 min para o término da sessão

Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - [REDACTED]
Destinatários	Pessoas com idade ≥ 65 anos, que frequentem o [REDACTED] [REDACTED]
Critérios de Inclusão	- Idade ≥ 65 anos; - Frequentarem o [REDACTED] - Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015); - Que aceitem participar no projeto.
Critérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.
Objetivo geral	• Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência
Objetivos específicos	• Diminuir efeitos do défice cognitivo • Preservar a reserva cognitiva • Promover o bem-estar • Prevenir o isolamento social • Promover a partilha de memórias e experiências

Descrição geral das atividades	- Introdução do tema da sessão; - Projeção de uma compilação de imagens de brinquedos antigos; - Abordar os seguintes temas: com quem costumavam brincar, o primeiro brinquedo, o brinquedo favorito, recordação de um dia feliz associado a uma brincadeira; - Pedir para, na próxima sessão, trazer algo alusivo ao tema da escola.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão.

SESSÃO III – A MINHA ESCOLA

Local	
Data	Semana de 23 a 27 de Outubro
Duração	15 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 10 min para o término da sessão
Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: -
Destinatários	Pessoas com idade ≥ 65 anos, que frequentem
Critérios de Inclusão	- Idade ≥ 65 anos; - Frequentarem o - Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015); - Que aceitem participar no projeto.
Critérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.
Objetivo geral	• Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência

Objetivos específicos	• Diminuir efeitos do défice cognitivo • Preservar a reserva cognitiva • Promover o bem-estar • Prevenir o isolamento social • Promover a partilha de memórias e experiências
Descrição geral das atividades	- Introdução do tema da sessão; - Projeção de uma compilação de imagens de escolas, salas de aula e material escolar; - Abordar os seguintes temas: como era a vossa escola, como era o professor, como se deslocavam para a escola, qual era a matéria favorita e relembrar uma memória agradável da escola; - Pedir para, na próxima sessão, trazer algo alusivo ao tema das épocas festivas.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão.

SESSÃO IV – ÉPOCAS FESTIVAS

Local	
Data	Semana de 30 de Outubro a 3 de Novembro
Duração	15 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 10 min para o término da sessão
Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: -
Destinatários	Pessoas com idade ≥ 65 anos, que frequentem o Laboratório do Envelhecimento
Crítérios de Inclusão	- Idade ≥ 65 anos; - Frequentarem o

	- Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015); - Que aceitem participar no projeto.
CrITÉRIOS de ExclusÃO	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.
Objetivo geral	• Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência
Objetivos específicos	• Diminuir efeitos do défice cognitivo • Preservar a reserva cognitiva • Promover o bem-estar • Prevenir o isolamento social • Promover a partilha de memórias e experiências
Descrição geral das atividades	- Introdução do tema da sessão; - Projeção de uma compilação de imagens alusivas a diversas épocas festivas; - Abordar os seguintes temas: qual a festividade com mais significado para vocês, como celebravam as diferentes festividade, como eram as refeições nesses dias e relembrar uma memória feliz associada a uma época festiva; - Semana do Dia de Todos os Santos: contar uma história de bruxas ou almas penadas que conheçam; - Pedir para, na próxima sessão, trazer algo alusivo ao tema da música.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão.

SESSÃO V – MÚSICAS DO MEU TEMPO

Local	
Data	Semana de 6 a 10 de Novembro
Duração	15 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 10 min para o término da sessão
Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: -
Destinatários	Pessoas com idade $\geq$ 65 anos, que frequentem
Critérios de Inclusão	- Idade $\geq$ 65 anos; - Frequentarem o - Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015); - Que aceitem participar no projeto.
Critérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.
Objetivo geral	• Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência

Objetivos específicos	• Diminuir efeitos do défice cognitivo • Preservar a reserva cognitiva • Promover o bem-estar • Prevenir o isolamento social • Promover a partilha de memórias e experiências
Descrição geral das atividades	- Introdução do tema da sessão; - Apresentação de uma compilação de diferentes músicas antigas portuguesas; - Abordar os seguintes temas: música favorita, recordação feliz que associe a alguma música, se gostava de dançar e participar em bailes.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão.

SESSÃO VI – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Local	
Data	Semana de 13 a 17 de Novembro
Duração	10 min para o momento de apresentação, 35 min para a discussão do tema e 15 min para o término da sessão
Responsáveis	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: -
Destinatários	Pessoas com idade $\geq$ 65 anos, que frequentem
CrITÉRIOS de Inclusão	- Idade $\geq$ 65 anos; - Frequentarem o - Score igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015);

	- Que aceitem participar no projeto.
Crítérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Score superior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).
Recursos materiais	- Computador, projetor, sala ampla, cadeiras, mesa, papel e canetas, coluna.
Objetivo geral	• Promover a estimulação cognitiva através da terapia de reminiscência
Objetivos específicos	• Diminuir efeitos do défice cognitivo • Preservar a reserva cognitiva • Promover o bem-estar • Prevenir o isolamento social • Promover a partilha de memórias e experiências
Descrição geral das atividades	- Introdução do tema da sessão; - Projeção de imagens alusivas a meios de comunicação (cartas, telegramas, jornais) e anúncios publicitários; - Abordar os seguintes temas: meios de comunicação utilizados para falar com as pessoas mais significativas, envio de cartas, quais os meios utilizados para se manterem informados sobre o que se passava no mundo, relembrar algum anúncio publicitários marcante e a primeira televisão.
Avaliação	- Fazer resumo das atividades e pedir feedback da sessão; - Avaliação final do projeto, utilizando os Questionário de Satisfação da sessão com uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre discordo plenamente e concordo plenamente; - Avaliação pós intervenção através da aplicação dos instrumentos mencionados, permitindo comparar resultados antes e após a implementação do projeto.

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Género:

☐ Feminino ☐ Masculino

2- Idade (expressa em números): _____

3- Escolaridade:

☐ Analfabeto ☐ educação básica ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ secundário

☐ ensino superior

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO PROJETO

A sua opinião sobre esta ação é muito importante, pois permite-nos desencadear um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos programas e dos métodos em ações futuras. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 "pouco satisfatório" e ao valor 5 "muito satisfatório" conforme a sua opinião.

CONTEUDO PROGRAMÁTICO	5	4	3	2	1
Interesse dos conteúdos apresentados					
Duração da ação de formação					
ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	5	4	3	2	1
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Horário das sessões					
FORMADOR	5	4	3	2	1
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
RESULTADOS E EXPETATIVAS	5	4	3	2	1
Temas abordados face às expetativas					
Utilidade prática da formação					
AVALIAÇÃO GLOBAL	5	4	3	2	1

Sugestões: _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO I - SIX ITEM COGNITIVE IMPAIRMENT TEST (6CIT)

TESTE DE DIMINUIÇÃO COGNITIVA DE 6 ITENS

Adaptação - João Apóstolo e Diana Paiva

(2015) (a preencher pelo enfermeiro)

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça ao doente que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, nº 42, Rua da Sofia, Coimbra.		
3. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora)	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

Bibliografia: Almeida, M. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test. In J. Apóstolo, & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.21-36). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

ANEXO II - ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (VERSÃO REDUZIDA) *

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Versão Reduzida) *

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/ discordância com cada uma das afirmações, observando as seguintes possibilidades:

1 – Discordo Completamente	4 – Concordo Parcialmente
2 – Discordo em Grande Parte	5 – Concordo em Grande Parte
3 – Discordo Parcialmente	6 – Concordo Completamente

		Resposta (1,2,3,4,5ou6)
1.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	
2.	Sinto-me, frequentemente, "esmagado (a)" pelo peso das responsabilidades.	
3.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	
4.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	
5.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	
7.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	
8.	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	
9.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	
10.	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	
11.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	
12.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	
13.	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	
14.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	
15.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	
16.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	
17.	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	
18.	Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	

*Versão Experimental Reduzida (2004) construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

ANÁLISE SWOT – TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

Forças (S) – Trabalhar com uma faixa etária da qual me sinto à vontade, pois é aquela com que contactei mais ao longo do meu percurso profissional. Além disso, o estudo prévio da terapia de reminiscência, permitiu uma sensação de maior controlo durante as sessões.

Fraquezas (W) – Gestão de tempo e a capacidade de moderar as sessões, de maneira a dar oportunidade a todos os participantes de intervirem, mas também de garantir o foco no tema e evitar dispersões.

Oportunidades (O) – Planear um projeto de intervenção que poderá servir de base para outros projetos da UCC e a realização de uma intervenção de estimulação cognitiva com a qual não tinha qualquer contacto, permitindo adquirir novo conhecimento nesta área.

Ameaças (T) – A ameaça mais marcante durante estas sessões, foi a flutuação do número de participantes, com falhas em algumas sessões ou então com a introdução de novos participantes a meio das mesmas. No entanto, apesar da necessidade de me adaptar a estas circunstâncias, considero que as sessões cumpriram com os objetivos e os participantes ficaram satisfeitos com a intervenção.

APÊNDICE 6 – Dinamização em Feira de Saúde

PLANIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

Local	████████████████████
Data	Dia 28/10/2023
Duração	Das 8h30às 13h
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - ████████████████████ Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ██████████ Estudande da Licenciatura de Enfermagem ██████████
Destinatários	Comunidade de Ílavo
Recursos materiais	- Computador, projetor, cadeiras, mesa quantos queres e marcador de livros.
Objetivo geral	- Promover o bem-estar.
Objetivos específicos	- Sensibilizar para as temáticas da saúde e doença mental; - Promover a discussão do tema da saúde e doença mental.
Métodos	-Interrogativo e participativo
Descrição geral das atividades	• Adultos: -Realização de uma atividade sobre mitos e verdades na doença mental, através da utilização do jogo “quantos queres”.

- Reforçar a importância do bem-estar na manutenção da saúde mental e prevenção da doença mental;
- Entrega de um marcador de livros com tarefas a realizar que ajudam na promoção do bem-estar.

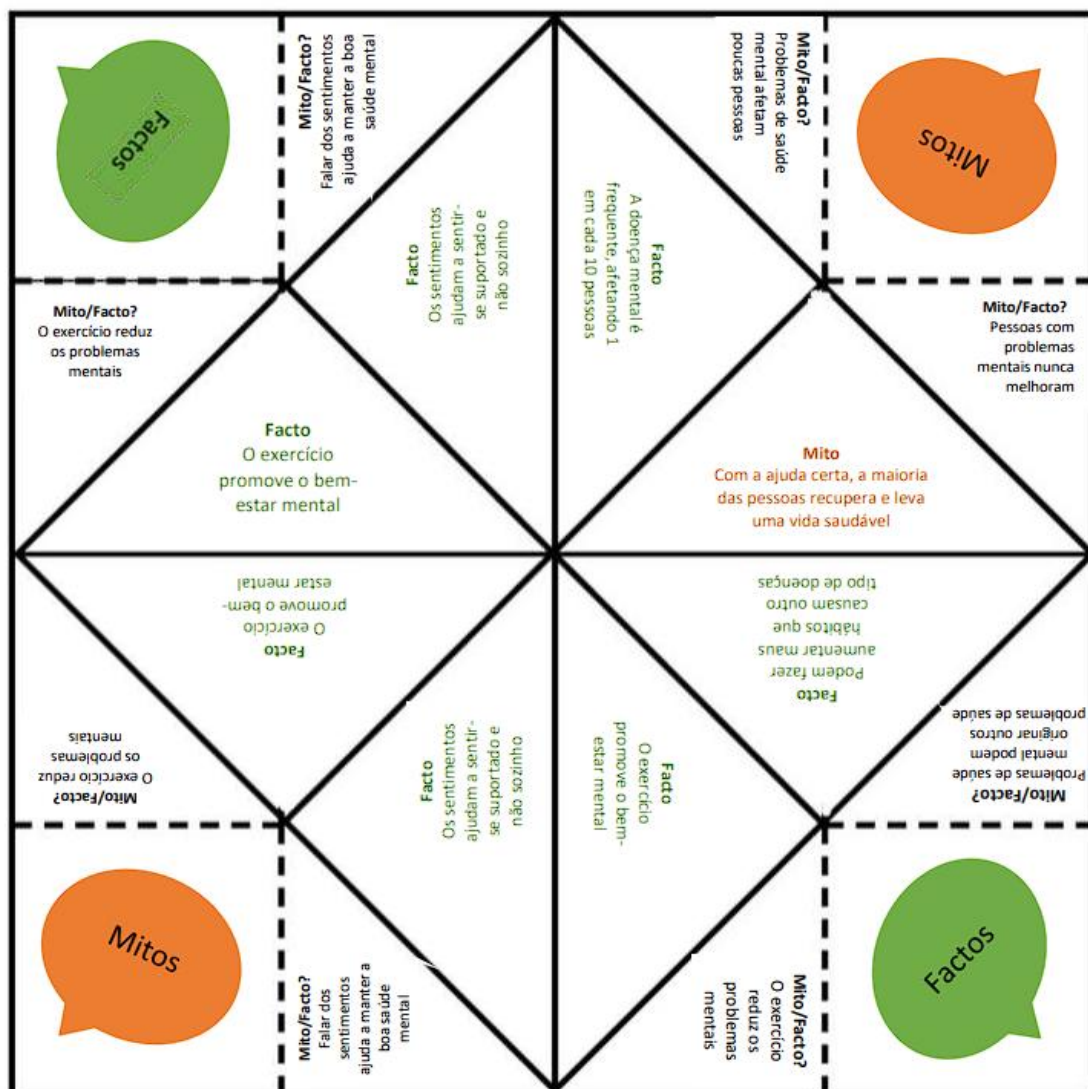
- Crianças:

- Realização de uma atividade através do jogo “quantos queres”, com tarefas que podem realizar para a promoção do bem-estar;
- Entrega de um “quantos queres” para jogarem em casa com os familiares.

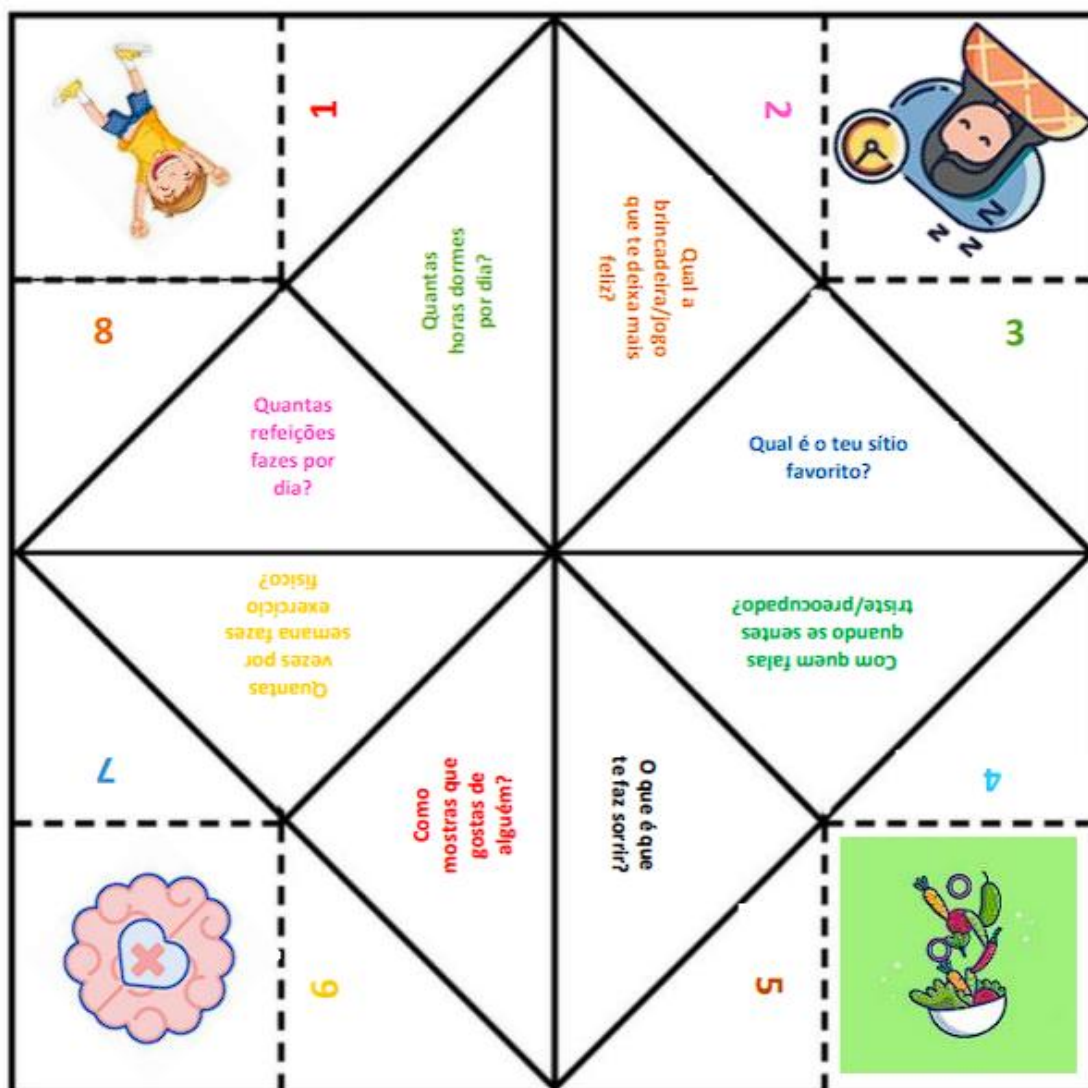
Avaliação

Feedback dos participantes durante a dinamização.

“QUANTOS QUERES” - ADULTOS



“QUANTOS QUERES” – CRIANÇAS



Jogo das emoções



1. Dobre cada canto para o canto oposto



4. Vire o papel para que as dobras estejam viradas para baixo



7. Dobre o seu papel ao meio vertical



2. Dobre todos os cantos para o centro do papel



5. Dobre cada canto para o centro do papel



8. Dobre o seu papel ao meio horizontalmente



3. Agora, o papel deve parecer assim

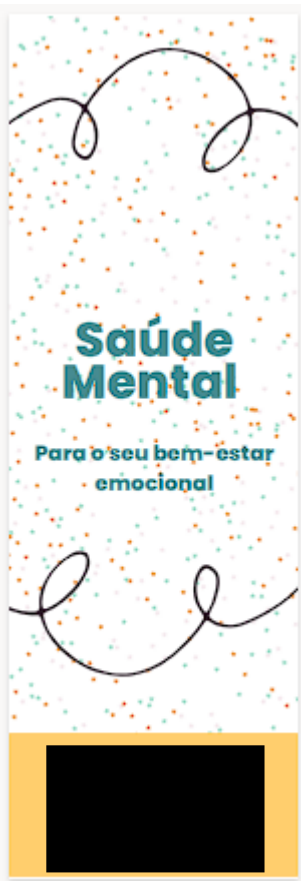
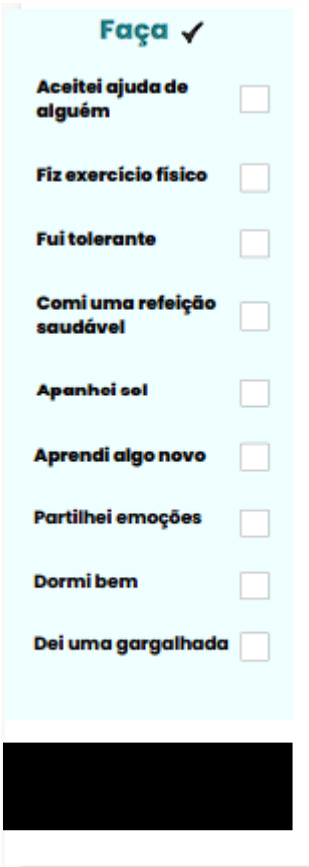


6. O papel deve parecer assim



9. Feito!

MARCADOR DE LIVROS



ANÁLISE SWOT – DINAMIZAÇÃO NA FEIRA DA SAÚDE DE ÍLHAVO

Forças (S) – A realização de atividades que se enquadravam no tema da saúde mental, sendo a área de enfermagem com a qual me sinto mais à vontade.

Fraquezas (W) – A necessidade de ter de abordar as pessoas, uma vez que muitas não vinham ter connosco por iniciativa própria. Esta é uma situação que me deixa um pouco desconfortável, mas foi essencial para conseguir atrair mais participantes.

Oportunidades (O) – Realizar uma atividade de promoção da saúde mental junto da comunidade de Ílhavo, num ambiente que é habitualmente frequentado pela mesma. De igual forma, participar numa feira da saúde permitiu conhecer outras instituições significativas nesta comunidade.

Ameaças (T) - Uma das ameaças externas, foi o menor número de pessoas que se deslocaram ao mercado de Ílhavo, dificultando a realização das atividades programadas.

APÊNDICE 7 – Sessão “Cuidar na Demência”

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Local	████████████████████
Data	Dia 10/10/2023
Duração	10 min para o momento de apresentação, 40 min para o desenvolvimento do tema e 10 min para o término da sessão
Dinamizadores	Estudante de MESMP: - Raquel Amorim Enfermeira Orientadora: - ████████████████████ Psicóloga Clínica do Centro de Saúde ████████: - ████████████████████
Destinatários	Técnicos de ação cultural e social
Recursos materiais	- Computador, projetor, auditório, cadeiras e mesa.
Objetivo geral	- Aumentar o conhecimento sobre demência.
Objetivos específicos	- Sensibilizar para as especificidades de cada tipo de demência; - Discutir estratégias para facilitar o contacto com pessoas com demência.
Métodos	-Expositivo -Interrogativo e participativo
Descrição geral das atividades	- Definição de demência e perturbação neurocognitiva <i>major</i> ; - Apresentação de dados epidemiológicos;

	- Descrição dos critérios de diagnóstico, evolução e fatores de risco das perturbações neurocognitivas <i>major</i> mais comuns; - Descrição dos tipos de perturbações neurocognitivas <i>major</i> mais comuns; - Apresentação e discussão de estratégias que facilitam o contacto com pessoas com uma perturbação neurocognitiva <i>major</i> mais comuns.
Avaliação	Feedback dos participantes no final da sessão.

Os participantes mostraram-se interessados e intervieram ativamente na fase de discussão. No fim da sessão, deram um feedback positivo na realização da mesma, referindo a importância de existirem sessões educativas com estas temáticas.

APRESENTAÇÃO EM FORMATO POWERPOINT

"CUIDAR NA DEMÊNCIA"

Apresentação e informação sobre a demência



Demência

Na classificação atual do DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), o termo demência passou a estar incluído na categoria de "Perturbação neurocognitiva major".



Epidemiologia

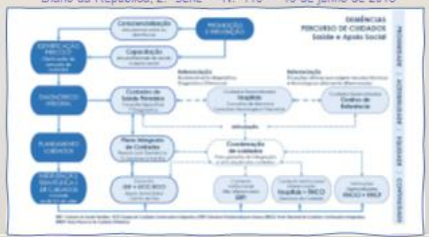
Atualmente, a demência é uma das principais causas de incapacidade e de sobrecarga para os cuidadores e serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo existam **47.5 milhões** de pessoas com demência, podendo duplicar em 2030.

De todas as demências, a doença de Alzheimer é a mais prevalente, correspondendo a cerca de 60% a 70% dos casos.



Estratégia da Saúde na Área das Demências

Diário da República, 2.ª série — N.º 116 — 19 de junho de 2018



Crítérios de Diagnóstico

A principal característica da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos suficientemente graves para afetarem o funcionamento habitual do indivíduo, e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas:

- Afasia** (deterioração da função da linguagem);
- Apraxia** (diminuição da capacidade para executar atividades motoras, apesar destas capacidades ainda estarem intactas);
- Agnosia** (deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos apesar de manterem a função sensorial intacta);
- Perturbações da capacidade de execução** (diminuição da capacidade para lidar com tarefas novas, nomeadamente planejar, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo).



Classificação

Reversíveis	Não Reversíveis				
- Demências associadas a alterações hormonais ou deficiências de vitaminas - Demências associadas a infeções (p.ex: meningites crónicas) - Demências provocadas por toxícos ou metais - Lesões neurológicas tratáveis (p.ex: hidrocefalo de pressão normal, hematoma sub-dural crónico)	<table border="1"><thead><tr><th>Preveníveis</th><th>Não Preveníveis</th></tr></thead><tbody><tr><td> - Demência vascular - Demência pós-traumática - Demência associada a infeção pelo vírus VIH </td><td> - Doença de Alzheimer - Demências fronto-temporais (p.ex: demência de Pick) - Demência com corpos de Lewy - Outras doenças extrínsecas com demência (p.ex: doença de Parkinson, doença de Huntington) </td></tr></tbody></table>	Preveníveis	Não Preveníveis	- Demência vascular - Demência pós-traumática - Demência associada a infeção pelo vírus VIH	- Doença de Alzheimer - Demências fronto-temporais (p.ex: demência de Pick) - Demência com corpos de Lewy - Outras doenças extrínsecas com demência (p.ex: doença de Parkinson, doença de Huntington)
Preveníveis	Não Preveníveis				
- Demência vascular - Demência pós-traumática - Demência associada a infeção pelo vírus VIH	- Doença de Alzheimer - Demências fronto-temporais (p.ex: demência de Pick) - Demência com corpos de Lewy - Outras doenças extrínsecas com demência (p.ex: doença de Parkinson, doença de Huntington)				



Evolução

Demência ligeira ou inicial	+Comprometimento das AVD +Perda de alguma autonomia +Défices notados pelos familiares
Demência moderada	+Dificuldade control da AVD +Graves comprometimentos da memória +Graves dificuldades de concentração, atenção e orientação +O sujeito torna-se repetitivo +Défice de reconhecer pessoas menos íntimas +Podem surgir alterações de comportamento e psicológicas
Demência grave	+O sujeito fica progressiva e totalmente dependente +Discurso fragmentado +Habitualmente deixa de reconhecer familiares +Muitas vezes surge a agressividade/repulsa, desconfiança, alucinações.
Demência muito grave	+Perda total da linguagem e da marcha +Incontinência +O sujeito encontra-se habitualmente acamado

Factores de risco modificáveis

Fatores de risco vascular
(aumentam o risco de demência vascular, mas também de outros tipos de demência)

HTA, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo...

Outros fatores

Pugilismo (trauma cerebral), infeção, tumor, esclerose múltipla, enfartes, consumo excessivo de álcool,...



Factores de risco não modificáveis

 Idade (>65 anos)

 Sexo feminino (doença de Alzheimer é mais prevalente no sexo feminino e demência vascular no sexo masculino)

 História familiar positiva (principalmente nas formas mais precoces da doença de Alzheimer)



Etiologias mais comuns na população idosa:

Tipos de demência que podem surgir na população idosa (>65 anos):

55% Doença de Alzheimer

15% Demência Vascular

15% Isquemia Vascular

5% Demência de Corpos de Lewy

5% Doença de Parkinson

5% Outros



Demência vascular

Demência associada a problemas cardiovasculares.

Os sintomas mais comuns são:

- declínio cognitivo abrupto;
- alterações na marcha (marcha em pequenos passos);
- história de quedas frequentes ou instabilidade na postura;
- alterações do humor, comportamento (agitação, inquietude) e alterações da personalidade (ex.: agressividade).



Demência de Corpos de Lewy

O princípio da doença tende a ser muito discreto e de difícil deteção.

Características:

- flutuação diária dos sintomas, como a alteração abrupta da atenção, função cognitiva, vigília e desempenho de funções;
- alucinações visuais podem ser frequentes e descritas ao pormenor pelo doente (habitualmente pessoas ou animais);
- numa fase precoce, a memória encontra-se preservada.



Exemplos de estratégias para lidar com uma pessoa com demência



 Reduzir o barulho, confusão e número de pessoas na sala.

 Evitar o escuro; manter sempre uma luz acesa.

 Abordar e falar com a pessoa de frente para ela, evitar abordar a pessoa por trás.

 Falar devagar, de forma clara e com um tom de voz suave.

 Limitar o número de escolhas da pessoa.

 Evitar chamar demasiado a atenção para erros ou problemas.

 Se a pessoa se encontrar agitada, tentar mudar a atenção dela para outra atividade.

 Utilizar frases simples, curtas e objetivas.

 Usar frases afirmativas, evitar frases na negativa.

 Encorajar a pessoa a realizar as atividades sozinha.

 Utilizar, com frequência, o reforço positivo.

 Limitar a duração da atividade e realizar intervalos (suspender ou mudar a atividade, quando existirem sinais de frustração).

Bibliografia

- Figueira, D.; Sampaio, D. e Fernandes, J. (2002). DSA-IV-TR. Lisboa: Climepsi editores.
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi
- Gonelli, A. et al (2013). Demência Vascular – trabalho da unidade curricular de Psicopatologia do Idoso, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.
- Quaresima, A. et al (2013). Demência com Corpos de Lewy – trabalho da unidade curricular de Psicopatologia do Idoso, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.
- Ribeiro, O. et al (2013). Psicopatologia – Demência Vascular, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.
- Ribeiro, O. et al (2013). Psicopatologia – Demência e Envelhecimento, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.
- Ribeiro, O. et al (2013). Psicopatologia – Doença de Alzheimer, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.
- Santana, J. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências – diagnóstico diferencial. Lisboa: Lidel
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2018). Psiquiatria Fundamental. Lisboa: Portugal. Uidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel
- Sousa, A. et al (2013). Demência Secundária à Doença de Parkinson – trabalho da unidade curricular de Psicopatologia do Idoso, 2º semestre do ano letivo 2012/2013.



ANÁLISE SWOT – SESSÃO “CUIDAR NA DEMÊNCIA”

Forças (S)- Considero que a principal força que me apoiou na execução desta sessão, foi a preparação prévia a nível de conteúdos teóricos sobre o tema, de forma a sentirmos mais confortável a falar sobre a temática.

Fraquezas (W)- A principal fraqueza que senti durante a apresentação da sessão, foi a capacidade de resposta a questões mais práticas relativamente às estratégias que poderiam ser utilizadas. Apesar de ter existido uma preparação prévia e pesquisa bibliográfica sobre este tema, senti dificuldade a responder a algumas das questões que foram colocadas. Penso que esta situação se deve ao pouco tempo de contacto que tive com pessoas com demência a nível profissional, tendo sido apenas 1 ano.

Oportunidades (O)- Uma vez que estavam presentes profissionais que trabalham diretamente com pessoas com demência e na investigação nesta área, a partilha das suas experiências ao longo da sessão foi um aspeto positivo que permitiu enriquecer a mesma.

Ameaças (T)- Uma das ameaças externas que surgiu, foi a questão das perguntas sobre situações mais específicas sobre as estratégias. No entanto, esta situação não comprometeu a sessão, pois a enfermeira orientadora estava presente na sessão e interveio quando necessário. Também surgiram questões como o material, uma vez que o projetor deixou de transmitir imagem duas vezes, dificultando o seguimento da apresentação.