Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Coimbra, maio de 2025

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Monteiro

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, maio de 2025

Nossa maior fraqueza está em desistir. O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez.

Thomas Edison

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Ana Paula Monteiro, pela partilha de conhecimentos, dedicação e disponibilidade ao longo de todo o percurso.

À minha mãe por mesmo longe estar sempre presente, nunca permitindo que eu desista de nenhum dos meus sonhos.

Ao meu pai e à minha avó Celeste que mesmo não estando presentes fisicamente, sempre foram parte da minha força.

Ao João, por me ouvir mesmo quando o meu humor não era o melhor.

À Filipa, à Cristiana, à Joana, à Sara, à Mónica que estiveram sempre lá com a palavra certa.

A todos os amigos e família que estiveram sempre presentes.

A todos aqueles que me acompanharam ao longo deste processo e me incentivaram a ir mais além, sem nunca perder a força de vontade para fazer mais e melhor. Nomeadamente aos enfermeiros tutores, professores e aos utentes, pois sem eles teria sido impossível. Porque tornaram este caminho um pouco mais fácil, percorrendo-o lado a lado comigo.

A todos vocês, eternamente grata!

RESUMO

Enquadramento: O presente documento encerra um ciclo de estudos e tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este Relatório traduz a experiência de formação e desenvolvimento pessoal e profissional através da análise crítica, reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no decorrer de três contextos de estágio: hospitalar, comunitário e respostas diferenciadas. A saúde mental é parte integrante da saúde e bem-estar, sabendo-se que, atualmente, as perturbações do uso de álcool representam uma das principais causas de incapacidade e morte em adultos e que a recuperação pode ser influenciada pelos padrões culturais em que a pessoa se insere. Neste sentido, foi desenvolvida uma *scoping review* com o objetivo de mapear qual a influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool.

Objetivo: Demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Metodologia: As atividades desenvolvidas foram sustentadas em evidência científica, modelos teóricos de enfermagem e documentos regulamentadores da profissão de Enfermeiro e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cumprindo os princípios do processo de Enfermagem. A *scoping review* foi elaborada de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, segundo a estratégia População, Conceito, Contexto.

Resultados e Conclusões: Através das atividades desenvolvidas foram adquiridas competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao nível dos diferentes domínios, decorrentes da aquisição de um elevado desenvolvimento pessoal e profissional. *A scoping review* permitiu identificar que os padrões culturais influenciam profundamente a recuperação da Perturbação do Uso de Álcool, atuando como barreiras ou recursos terapêuticos, e que intervenções culturalmente adaptadas, integrando identidade, espiritualidade e autonomia, mostraram-se mais eficazes

Palavras-chave: Adulto, Alcoolismo, Cultura, Recuperação, Recuperação da Saúde Mental

ABSTRACT

Context: This document concludes a cycle of studies and aims to obtain a Master's degree and the title of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. This report explains the experience of training and personal and professional development through critical, reflective and reasoned analysis of the activities carried out to acquire common and specific skills as a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, during three internship contexts: hospital, community and differentiated responses. Mental health is an integral part of health and well-being, given that alcohol use disorders are currently one of the leading causes of disability and death in adults and that recovery can be influenced by the cultural patterns in which the person is embedded. In this sense, a scoping review was developed with the aim of mapping the influence of cultural patterns on the recovery of adults with alcohol use disorders.

Objective: To demonstrate the acquisition and development of common and specific skills of Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Methodology: The activities developed were based on scientific evidence, theoretical nursing models, and regulatory documents for the nursing profession and Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing, complying with the principles of the nursing process. The scoping review was prepared in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute, according to the Population, Concept, Context strategy.

Results and Conclusions: Through the activities carried out, common and specific skills were acquired by Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing, in different areas, resulting from a high level of personal and professional development. The scoping review identified that cultural patterns profoundly influence Alcohol Use Disorder recovery, acting as barriers or therapeutic resources, and that culturally adapted interventions, integrating identity, spirituality and autonomy, proved to be more effective.

Keywords: Adult, Alcoholism, Culture, Recovery, Mental Health Recovery

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRIP - Centro Responsabilidade Integrado de Psiquiatria

DGS – Direção Geral de Saúde

EBSCO - Elton B. Stephens Company

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECI - Escala de Comportamento Interpessoal

EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

JBI - *Joanne Briggs Institute*

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCC – População, conceito e contexto

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews*

PUA – Perturbação do uso de álcool

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UPD – Unidade de Patologia Dual

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia PCC para a definição da questão de investigação 60

Tabela 2. Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão 60

Tabela 3. Mapa de Conceitos 61

Tabela 4. Expressão de Pesquisa 62

Tabela 5. Extração de Pesquisa 63

Tabela 6. Apresentação dos resultados 67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 12

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....15

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO.....16

1.1 Contexto Comunitário.....16

1.2 Contexto Hospitalar 19

1.3 Contexto Respostas Diferenciadas.....22

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS 26

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro.....29

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....36

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA: INFLUÊNCIA DOS PADRÕES CULTURAIS NA RECUPERAÇÃO DA PESSOA ADULTA COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL 52

RESUMO 53

ABSTRACT 54

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 55

2. METODOLOGIA.....59

2.1. Objetivo e questão de revisão.....59

2.2. Critérios de seleção dos estudos.....60

2.3. Estratégia de Pesquisa 61

2.4. Expressão de pesquisa.....62

2.5. Extração e síntese de dados.....63

3. RESULTADOS 67

4. DISCUSÃO DOS RESULTADOS 76

5. NOTA CONCLUSIVA.....79

CONCLUSÃO 80

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

APÊNDICES

Apêndice I: Ações de sensibilização na área da saúde mental

Apêndice II: Guião orientador da consulta de alcoologia – reformulado

Apêndice III: Programa “CUIDAR(me)

Apêndice IV: Projeto “Cuidar com Palavras”

Apêndice V: Sessão psicoeducativa denominada “Ansiedade e estratégias para o controlo da ansiedade”

Apêndice VI: “Projeto Relaxa a Mente” – análise dos resultados

Apêndice VII: Ação de formação “Novas Adições”

Apêndice VIII: Sessão psicoeducativa “Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade”

Apêndice IX: Sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson

Apêndice X: Sessão psicoeducativa “Adesão ao regime terapêutico e prevenção da recaída”

Apêndice XI: Sessão “Preço Certo”

Apêndice XII: Sessão “Viver com o Outro”

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado de Relatório Final de Estágio, encontra-se inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 3º Semestre do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) 2023/2024 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro.

Este assume um papel fulcral na concretização deste mestrado, uma vez que reflete todo o trabalho desenvolvido ao longo do terceiro semestre, sendo que o seu términos e defesa em prova pública culminará na obtenção do grau de Mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental consiste num estado de bem-estar no qual a pessoa é capaz de desenvolver todas as suas habilidades, conseguindo lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a comunidade (World Health Organization, 2022). Por sua vez, a doença mental consiste em todo um conjunto de situações que interferem no bem-estar da pessoa, que causam sofrimento e podem tomar proporções altamente incapacitantes (Ordem dos Enfermeiros [OE]), 2021a).

Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS), Portugal apresenta uma elevada taxa de prevalência de doenças mentais, sendo que uma grande percentagem de pessoas com doenças mentais graves, ainda se encontram sem acesso a cuidados de saúde mental. Das que têm acesso, muitas continuam ainda a não beneficiar dos modelos de intervenção que hoje são considerados essenciais. Desta forma, o Plano Nacional para a Saúde Mental surge com a missão de garantir, a toda a população portuguesa, o acesso a serviços habilitados na promoção da saúde mental, a cuidados de qualidade, permitindo a reintegração e recuperação das pessoas com doença mental e a inclusão social da pessoa com doença mental, combatendo assim o estigma (DGS, 2017).

Esta intervenção, prioritária, preconiza-se que seja realizada ao longo de todo o ciclo vital, promovendo a saúde mental e/ou prevenindo a doença mental através da capacitação de adaptação do indivíduo, permitindo a este ser capaz de lidar com as adversidades. Desta forma, o EESMP assume um papel fundamental.

O meu interesse pela área prende-se pelo gosto existente em explorar esta especialidade bem como da necessidade percecionada de adquirir e consolidar conhecimento, quer a nível pessoal quer a nível profissional. Encontrando-me a trabalhar num serviço de medicina interna e tendo em conta que esta especialidade assume um papel essencial em todas áreas de atuação, considero que a aquisição de conhecimentos nesta área me vai permitir uma melhor intervenção enquanto enfermeira permitindo proporcionar à pessoa que se encontra aos meus

cuidados, bem como à sua família, a capacidade de advir daquele internamento uma experiência menos dolorosa. Uma vez que no meu serviço também me deparo frequentemente com pessoas com perturbação do uso de álcool, e que infelizmente considero que não haja uma resposta adequada a estas situações aquando da alta (comprovada também nos estágios realizados), com a necessidade de reinternamentos constantes, considero pertinente o estudo de qual a influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa com perturbação do uso do álcool, como ponto de partida para uma posterior intervenção nesta área, que tenha uma visão mais holística daquela pessoa e do seu meio e que permita assim a existência de um processo de reabilitação mais eficaz e, consequentemente, a prevenção da recaída e do reinternamento.

Com o presente relatório pretendo realizar uma reflexão e demonstração do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EESMP, tendo por base os objetivos presentes no documento Guia Orientador de Estágio com Relatório, nomeadamente: refletir de forma critica sobre o processo de ensino-aprendizagem; mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área de especialização; utilizar um discurso próprio da disciplina, com rigor cientifico, comunicando as conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; elaborar um relatório centrado na aquisição de competências profissionais especializadas descrevendo as intervenções em situações complexas nos diversos contextos de estágio realizados e inclua o projeto de estudo, respeitando os elementos fundamentos de um relatório de investigação (ESEnfC, 2023).

Segundo o proposto no mesmo documento, o presente trabalho encontra-se estruturado e divido em três partes. A Parte I corresponde à componente de estágio desenvolvida em contextos clínicos e subdivide-se em dois capítulos. No primeiro capítulo é abordada a caracterização dos contextos de estágio. No segundo capítulo é realizada uma análise critico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas dos EESMP, interligando as mesmas às atividades realizadas com vista a atingir as competências previamente referidas e expressas pela OE. A Parte II correspondente à componente de investigação, onde se encontra uma investigação com base na metodologia da *scoping review,* seguindo as recomendações do *Joanne Briggs Institute* (JBI), abordando qual a influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa com perturbação do uso de álcool. Esta subdivide-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento conceptual do fenómeno em estudo, realizando uma breve abordagem teórica e devida contextualização. Num segundo capítulo é exposta a metodologia do estudo realizado, onde são abordados objetivo e a questão de investigação, os critérios de seleção dos estudos, a estratégia de pesquisa e onde será realizada a extração e síntese de dados. Por fim no

terceiro e quarto capítulo será apresentada uma análise e discussão dos resultados obtidos, bem como uma conclusão final, respetivamente. O relatório será finalizado com a conclusão.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizadas as normas de elaboração de trabalhos escritos que constam no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC (2023), em complementaridade com as normas American Psychological Association (APA) 7ª edição.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O estágio é uma parte importante da formação em enfermagem, que oferece ao futuro EESMP a oportunidade de desenvolver as suas competências, através do trabalho numa equipa de saúde especializada e no ambiente real da prática. Durante o estágio, é possível observar, interagir e refletir sobre os conhecimentos adquiridos, organizando-os, promovendo o seu autoconhecimento e aprimorando-se como instrumento terapêutico. Este contribui para o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva, fomentando a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017; OE, 2021b).

Na sequência, no presente capítulo, será apresentada a descrição e caracterização dos locais de estágio clínico.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO

A componente de estágio do mestrado em ESMP contempla dois momentos de estágio, o primeiro no segundo semestre, Estágio de ESMP tendo sido o meu realizado em Contexto Comunitário, e o segundo Estágio com Relatório, no terceiro semestre do mestrado, estando este último dividido em dois estágios, o Estágio de ESMP em Contexto Hospitalar e o Estágio de ESMP em Contexto de Respostas Diferenciadas. Os estágios foram realizados: a) numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) entre os dias 22 de maio a 7 de julho de 2023 – contexto de cuidados na comunidade; b) numa instituição da região centro especializada no cuidado à pessoa com doença mental com patologia dual no período compreendido entre os dias 20 de setembro e 2 de dezembro de 2023 – estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; e, c) numa Unidade de Psiquiatria Forense no período compreendido entre os dias 4 de dezembro de 2023 a 16 de fevereiro de 2024 – contexto de respostas diferenciadas.

1.1 Contexto Comunitário

Este estágio decorreu de 22 de maio a 7 de julho de 2023 e foi realizado numa UCC de um ACeS.

Os ACeS, criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro, consistem em serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as UCC, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados e eventualmente outras unidades e serviços que venham a ser considerados necessários. Para cumprir a sua missão, os ACeS desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção

da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

As UCC têm a sua atuação centrada na comunidade. Assim, a UCC onde decorreu o estágio apresenta como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Esta unidade dá resposta à população que serve, tanto às necessidades de saúde, como às sociais de forma integrada, articulada e diferenciada, criando parcerias com estruturas da comunidade (Autarquias, Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Associações e outras). É formada por uma equipa técnica multiprofissional, constituídas por: Enfermeiros; Médicos; Assistentes Sociais; Psicólogos; Higienistas orais; Nutricionistas e assistente técnico. (Art.: 11, decreto-lei 28/ 2008 de 22 de fevereiro). À UCC constitui ainda a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), prevista no Decreto – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e da qual nesta instituição fazem parte cinco enfermeiros especialistas, nomeadamente: dois enfermeiros especialistas em saúde comunitária, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e um EESMP.

Aquando a realização do estágio, a mesma apresentava em vigor alguns projetos com possível atuação, na área da saúde mental, nomeadamente: “Saúde Mental na Comunidade” que visava identificar e acompanhar pessoas com distúrbios mentais e psiquiátricos no concelho, fazendo o seu acompanhamento (estas pessoas poderiam ser referenciadas pelo serviço hospitalar médico de família, serviço social, familiares e outros) e promover a saúde mental na comunidade; e “Ação contra o alcoolismo” que procurava colaborar na reabilitação das pessoas com problemas de alcoolismo a frequentar a consulta de alcoologia e sensibilizar a comunidade para as consequências do consumo de bebidas alcoólicas. Para além disso, o EESMP assumia um papel preponderante a nível do apoio ao cuidador informal em contexto ECCI e no apoio ao luto perante as situações em fim de vida encontradas. Torna-se importante salientar que havia a existência de outros projetos que, apesar de o EESMP não se encontrar envolvido diretamente, poderia atuar caso fosse identificada essa necessidade. A nível da criança/adolescente, esta UCC abarcava ainda o Gabinete de Intervenção e Apoio ao Aluno, que se encontrava disponível para intervenção nos Centros Escolares pertencentes à mesma, sempre que fossem identificadas situações de fragilidade no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

As atividades por mim desenvolvidas ao longo do estágio, tiveram em conta as prioridades da UCC, e procuraram ir ao encontro dos objetivos definidos no Guia Orientador do Estágio de Mestrado em ESMP 2023/2024 (2023), nomeadamente:

- Diagnosticar situações de crise e dificuldades de adaptação e ajustamento aos processos de saúde-doença mental da pessoa/família e grupos, ao longo do ciclo vital;
- Refletir sobre as decisões tendo por base as evidências, o conhecimento científico atual, a experiência dos Enfermeiros Especialistas restantes profissionais da equipa de saúde e o estadio desenvolvimental, crenças e preferências dos indivíduos, familiares e grupos sociais ao longo do ciclo vital;
- Valorizar os potenciais do individuo, familiares e amigos como parceiros dos cuidados e cuidadores informais, no sentido de favorecer a recuperação do estado de saúde mental e bem-estar;
- Integrar intervenções inovadoras e baseadas nas novas tecnologias na prática especializada;
- Implementar programas de intervenção em enfermagem de saúde mental comunitária que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos, familiares e grupos sociais ao longo do ciclo vital;
- Avaliar os programas de intervenção em ESMP propostos, direcionados aos indivíduos, familiares e grupos sociais ao longo do ciclo vital;
- Compreender o papel diferenciado do enfermeiro especialista na equipa de cuidados de saúde comunitária.

Ao longo deste contexto de estágio, fui desenvolvendo atividades e respetivas competências nas várias vertentes de intervenção, baseado numa avaliação contínua da prática, bem como na definição, implementação e avaliação de atividades centradas nas necessidades da comunidade. Saliento ainda que as intervenções desenvolvidas foram essencialmente direcionadas para a promoção da saúde mental, através da realização de ações de sensibilização para a população onde foram abordados os temas: saúde mental e doença mental, estigma associado à doença mental e mitos e verdades sobre as perturbações mentais; alcoolismo e a saúde mental, consequências do alcoolismo, alcoolismo e sinais de alerta (Apêndice I). Ao longo deste estágio também foi dinamizada a consulta de alcoologia com a elaboração de material de apoio à pessoa com perturbação do álcool, bem como a melhoria da consulta pelo aperfeiçoamento do guião orientador da consulta e pelo estabelecimento de uma relação de maior proximidade com aquela pessoa, que permitisse um melhor acompanhamento e assim possibilitasse a reabilitação da mesma (Apêndice II). Também, uma vez que grande parte do trabalho se centra na ECCI e após observação dos casos existentes neste contexto, considerei pertinente ao longo do meu estágio realizar o

desenvolvimento de um projeto de prevenção do *Burnout* no cuidador informal da pessoa com demência denominado de "CUIDAR(me)", que foi aplicado neste contexto (Apêndice III). Para além disso, também considerei pertinente durante o meu estágio o investimento na saúde mental dos profissionais de saúde que todos os dias abarcam o desafio de cuidar dos outros e muitas vezes estão eles próprios suscetíveis ao desenvolvimento de problemas no âmbito da saúde mental, pelas situações stressantes a que se encontram expostos diariamente. Assim, foi possível perceber que uma das maiores dificuldades com que se deparam, neste contexto, é a comunicação de más notícias, que consiste na transmissão de qualquer informação que proporcione uma mudança da visão do futuro da pessoa, de forma negativa, sendo que esta pode afetar negativamente quer a pessoa/família, quer o profissional de saúde que comunica (Francis & Robertson, 2022). Desta forma, tendo por base o protocolo SPIKES e o modelo ABCDE, realizei uma ação de formação aos profissionais de saúde da UCC, denominada de "Cuidar com Palavras: promoção da saúde mental na comunicação de más notícias" (Apêndice IV). Esta ação de formação teve a finalidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa/família durante a transmissão de más notícias, reduzindo o impacto desta quer para a pessoa/familiar, quer para o profissional de saúde que a transmite.

As atividades desenvolvidas serão abordadas mais aprofundadamente aquando da descrição das atividades realizadas para o atingimento das competências do EESMP.

Considero importante salientar que foi neste campo de estágio que me deparei com a emergência da necessidade de uma restruturação da abordagem pós-alta da intervenção realizada nas pessoas com perturbação do uso de álcool. Pela consulta de alcoologia, foi possível observar que após a alta e após um regresso ao seu meio, onde ocorriam os consumos, a pessoa com esta perturbação apresentava frequentemente recaídas com o abandono das consultas. Desta forma considero, pertinente o estudo de qual a influência dos padrões culturais no processo de *recovery* da pessoa com perturbação do uso de álcool. Ao longo do estágio foi possível percecionar que a cultura acaba por exercer uma influência preponderante sobre aquela pessoa, fazendo-me refletir sobre a necessidade urgente de cuidados culturalmente adaptados e numa necessidade de mudança onde, na minha perspetiva, as intervenções desenvolvidas seriam mais eficazes através da nossa deslocação e acompanhamento no meio da pessoa que lida com este problema, em vez de ser a própria a deslocar-se até nós, pelo menos até a mesma adquirir a capacidade de lidar com ele.

1.2 Contexto Hospitalar

Este estágio decorreu de 20 de setembro e 2 de dezembro de 2023, numa instituição da região centro especializada no cuidado à pessoa com doença mental com patologia dual.

A patologia dual consiste na “presença na mesma pessoa duma perturbação aditiva e outra perturbação mental” (Szerman, et al., 2014, p. 4). A adição pode ser a álcool, cannabis, opiáceos, cocaína, substâncias sintéticas, fármacos, ou não ter substância como jogo, internet, compras, sexo ou outros. Muitas vezes pode ocorrer a existência de várias adições em simultâneo. Relativamente à psicopatologia, esta pode ser de natureza afetiva (depressão ou doença bipolar), psicose (esquizofrenia, psicose induzida por consumo de substâncias, outras psicoses), perturbações de personalidade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção ou associação de quadros psicopatológicos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2023). As pessoas com patologia dual geralmente têm maior tendência a ter recaídas, internamentos mais prolongados, dificuldade de adesão ao regime terapêutico, maior incidência a comportamentos violentos, maior risco de suicídio, maior índice de comportamentos de risco, graves problemas familiares e sociais, altas taxas de abandono escolar e laboral, maior taxa de criminalidade levando a um aumento substancial nas despesas de saúde pública (Torrens, 2008; Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2015; Vega, et al., 2015 & CHUC, 2023).

A Unidade de Patologia Dual (UPD) onde foi realizado o estágio apresenta como missão a promoção do tratamento integral da pessoa com patologia dual, promovendo a sua reinserção no meio social e combatendo os estigmas associados à doença aditiva e psiquiátrica. Os objetivos desta instituição consistem em: desenvolver planos de tratamento especializados e integrados para as pessoas com patologia dual, pela utilização de recursos farmacológicos, psicoterapêuticos e reabilitativos existentes; implementar projetos de investigação científica que permitam aprofundar o conhecimento da etiologia, epidemiologia, diagnóstico, clínica, terapêutica e reabilitação dos doentes com esta patologia; promover o ensino pré e pós-graduado de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos, na área da patologia dual e adições e colaborar com outras unidades do Centro Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRIP), com outros serviços do Centro Hospitalar pertencente, com os cuidados de saúde primários, e instituições legais, sociais e reabilitativas, de ensino e investigação, por forma a implementar a cooperação e rentabilização de recursos. A UPD em questão organiza a sua intervenção nas seguintes áreas: Internamento, Hospital de Dia (que não se encontrava em funcionamento na altura da realização do estágio), Consulta Externa e Intervenção na Comunidade.

A equipa de enfermagem é composta por 19 enfermeiros, dos quais 1 enfermeiro gestor, 13 EESMP e 6 enfermeiros generalistas. Para além deste, à equipa multidisciplinar pertencem médicos psiquiátricos, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e assistentes operacionais.

Ao longo deste estágio, as atividades por mim desenvolvidas, tiveram em conta as prioridades da UPD e das pessoas que se encontravam lá internadas na altura, e procuraram ir ao encontro dos objetivos definidos no Guia Orientador do Estágio de Mestrado em ESMP 2023/2024 (2023), nomeadamente:

- Identificar fenómenos de enfermagem no adulto internado em contexto psiquiátrico agudo;
- Valorizar os potenciais do doente, familiares e amigos como parceiros dos cuidados;
- Conceber cuidados de enfermagem especializados, formulando juízos clínicos, prescrevendo e negociando cuidados, revelando capacidade crítica/decisão clínica baseada em evidência científica, ética e deontologia profissional e o estadio desenvolvimental da pessoa; prestar cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, sócioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional fundamentados e com qualidade técnica;
- Avaliar a efetividade dos cuidados tendo por base os resultados esperados/mudança no status diagnóstico e, sempre que possível, utilizar instrumentos de avaliação psicométrica/clinimétrica;
- Partilhar experiências no âmbito da comunicação e relacionamento terapêutico em contexto psiquiátrico, evidenciando as técnicas utilizadas e consolidadas nos modelos de referência abordados;
- Compreender o papel diferenciado do enfermeiro especialista na equipa de cuidados.

Para a concretização e consolidação destes objetivos, tive a oportunidade de participar nos projetos existentes no serviço, aquando da realização do estágio, nomeadamente “Projeto *Snoezelen”* (apenas pela observação) e “Projeto Relaxa a Mente”, bem como desenvolver intervenções nesta área. Neste campo de estágio saliento a realização de um caso clínico, que me permitiu, após identificação dos focos de atenção e definição dos diagnósticos de enfermagem, estabelecer intervenções especializadas com a pessoa em estudo, pela elaboração de um plano de cuidados adaptado.

Para além do caso clínico também destaco o desenvolvimento da sessão psicoeducativa denominada “Ansiedade e estratégias para o controlo da ansiedade” que procurou promover o autocontrolo da ansiedade pelo aumento da literacia em saúde sobre ansiedade, pela compreensão dos sinais e sintomas da ansiedade e pela identificação de estratégias para o controlo da ansiedade (Apêndice V).

Neste estágio também tive a oportunidade de concretizar sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (integrado no Projeto “Relaxa a Mente” já existente na UPD), que ocorriam todas as quintas-feiras. Ainda dentro deste projeto, foi também elaborada uma

análise dos resultados obtidos durante o período de estágio, que permitiu realizar em equipa uma reflexão sobre o impacto e os benefícios que esta técnica de relaxamento tem para esta tipologia de pessoas internadas (pessoas com diagnóstico de ansiedade, que pode estar inerente ou não aos consumos), bem como salientar a importância no investimento nesta técnica pela integração de novos elementos da equipa de enfermagem no processo e pelo o aumento das sessões semanais, para que os resultados fossem mais notórios (Apêndice VI).

Para além disso, tendo em conta a tipologia de pessoas internadas naquele momento na UPD o aumento de casos em que havia adição ao jogo e a prática do *chemsex* (consideradas algumas das novas adições), eu e o meu colega de mestrado sentimos a necessidade de desenvolver uma ação de formação aos enfermeiros da UPD com o tema "Novas Adições", que espelhasse quais as novas adições a surgir e que instrumentos de avaliação e intervenções se encontravam a ser recomendadas para elas, de forma a contribuir com ferramentas para uma melhor atuação nestes casos, que não eram até ao momento tão comuns. Esta formação também procurou servir de alerta para todos nós, que muitas das vezes, de forma involuntária, colaboramos para o aparecimento destas "novas adições" (Apêndice VII).

As atividades enumeradas serão abordadas mais aprofundadamente aquando da descrição das atividades realizadas para o atingimento das competências do EESMP.

Por fim, é de salientar que este local de estágio também serviu de suporte para a questão de investigação refletida no presente estágio, uma vez que nele também possível percecionar em que medida a cultura e apoio existente em nosso redor podem influenciar tanto os nossos comportamentos.

1.3 Contexto Respostas Diferenciadas

Este estágio decorreu numa Unidade de Psiquiatria Forense no período compreendido entre os dias 4 de dezembro de 2023 a 16 de fevereiro de 2024.

A Psiquiatria Forense é considerada uma subespecialidade de Psiquiatria, cujo foco de intervenção é a pessoa com doença mental que comete crime ou que apresenta risco de o fazer (Völlm et al., 2018). O serviço de Psiquiatria Forense onde decorreu o estágio compreende um total de 45 vagas masculinas. Este serviço abarca pessoas que tenham sido judicialmente considerados Doentes Inimputáveis Perigosos, de acordo com Artigo 20º do Decreto-Lei 48/95 do Código Penal Português (Ministério da Justiça, 1995, p.1363), que faz referência à inimputabilidade em razão de anomalia psíquica:

> *"1 - É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.*

2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3 - A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.

4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto".

Assim, define-se inimputabilidade como a incapacidade que uma pessoa tem para compreender e autodeterminar as suas ações (Machado, 2020).

A estas pessoas, apesar de serem julgados em tribunal, é-lhes atribuída uma medida de internamento (medida de segurança) ao invés de uma pena privativa da liberdade, com o objetivo de cumprir um tratamento no âmbito da saúde, em função das anomalias psíquicas que apresentam. O pressuposto fundamental para a aplicação desta é a perigosidade, ou seja, a existência ou não da probabilidade que o indivíduo venha a cometer no futuro atos do mesmo género (*Idem*, 2020).

Com a nova Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023), a medida de segurança de internamento cessa quando se considerar que cessou o estado de perigosidade. A medida de segurança tem como limite máximo de duração o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável. O que se revoga agora é a possibilidade, admitida em casos excecionais, de prorrogação sucessiva do internamento para lá do limite máximo da pena correspondente ao crime.

Este serviço articula diretamente com a Direção Geral dos Serviços Prisionais, que envia as pessoas já condenadas ou em prisão preventiva de acordo com protocolo pré-estabelecido. As pessoas internadas neste serviço, inserem-se num programa de tratamento, cumprimento de uma medida de segurança, reabilitação e futura reinserção socioprofissional. Estabelece um plano de recuperação individual para cada pessoa, de acordo com a vertente reabilitativa do sistema judicial, que é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar – médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, psicólogos e em estreita articulação com o Serviço de Reabilitação. Para além disso, este serviço dá seguimento a toda a parte de documentação jurídica dessas pessoas, e articula com o Instituto Nacional de Medicina Legal na distribuição de perícias que o Instituto não podendo realizar, vem por imperativo legal solicitar ao Hospital.

De acordo com o Decreto-Lei 70/2019, a execução do internamento em unidade de saúde mental decorre em regime comum ou em regime aberto, tendo em conta a avaliação do internado e a sua evolução ao longo da execução. O regime comum caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades em espaços de vida comum no interior da unidade e pela

realização dos contactos com o exterior permitidos nos termos da lei. O regime aberto favorece os contactos com o exterior e a aproximação à comunidade. Este regime pode ser alterado ao longo do internamento consoante a evolução da pessoa.

Durante o internamento a pessoa internada pode usufruir de licenças administrativas ou de licenças jurisdicionais. As licenças administrativas consistem em saídas de curta duração (até um período de 48 horas e são concedidas pela equipa multidisciplinar). As licenças jurisdicionais são relativas a saídas de longa duração (3 a 7 dias) e são concedidas pelo tribunal de execução das penas, em conselho técnico, aquando pedido realizado pela equipa multidisciplinar. Uma licença administrativa só pode ser pedida aquando da existência de uma licença jurisdicional prévia de sucesso. Desta forma, semanalmente, são realizadas uma reunião multidisciplinar e uma reunião comunitária (às terças-feiras). A reunião comunitária ocorre posteriormente à reunião multidisciplinar, uma vez que nesta é comunicada a decisão relativamente aos pedidos de licenças administrativas e de licenças jurisdicionais, visitas e outros solicitados pelos doentes (assunto abordado na reunião multidisciplinar).

Assim, podemos concluir que a essência dos cuidados de saúde em Psiquiatria Forense é, portanto, a mesma que nas outras áreas de especialidades: diminuir a dor e o sofrimento da pessoa doente, empoderando-a para que apresente a sua máxima funcionalidade pessoal e social, o que eventualmente se traduz na maximização da sua saúde (Olsson & Schön, 2016; Völlm et al., 2018).

Relativamente às patologias mais comuns neste serviço de Psiquiatria Forense, aquando do estágio, encontrava-se a esquizofrenia e outras psicoses seguindo-se da debilidade mental e dos distúrbios do comportamento, muitas vezes associados a consumos de álcool e estupefacientes.

A equipa era constituída por 24 enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, 1 psicólogo e 4 assistentes sociais. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 10 EESMP, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 7 enfermeiros generalistas.

Neste serviço, encontravam-se a ser desenvolvidos diversos projetos pela equipa de enfermagem, tais como: Projeto “É meu, eu trato” (procurava promover a responsabilidade na gestão/limpeza na unidade, empoderar a pessoa para as atividades de vida diária, tornar o utente ativo no processo de vida diária e promover rotinas); Projeto de Relaxamento (visava promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa internada, diminuindo os níveis de ansiedade e stress, aumentando a auto estima, melhorando e padrão de sono, a interação social, a gestão de sentimentos e emoções e permitindo o treino de competências de auto relaxamento, o que permite que a pessoa sinta bem-estar e harmonia interna e contribui para

o sucesso do processo terapêutico); Projeto “Respira e Espreguiça” (procurava que a pessoa internada relaxasse, aprendesse a respirar melhor, tomasse consciência do seu corpo e que compreendesse as potencialidades que têm em contribuir para a sua própria recuperação, com movimentos simples e de fácil execução); Projeto “Cantar é Desafio” (permitia o relaxamento, bem-estar, a interação social e o exercício da leitura); Projeto de Treino de Aptidões e Desenvolvimento Social (que incluía jogos terapêuticos e de interação grupal e saídas a Coimbra com o objetivo de promover competências fundamentalmente na realização de atividades de vida diária e visa desenvolver competências cognitivas, sociais e relacionais, promover a interação social e a autonomia, bem como fomentar a autocrítica); Projeto Saídas Terapêuticas (que possibilitava o treino de aptidões sociais, o envolvimento na comunidade, a promoção do bem-estar e da inclusão social da pessoa com doença mental e a redução do estigma existente); Projeto “Aprendendo” (direcionado as pessoas internadas com debilidade mental e que visava promover a interação em grupo, promover o conhecimento geral, estimular a concentração e a memória e manter e potenciar a capacidade de escrita e aritmética); Projeto “Reeducação Lúdica e Emocional” (que através da visualização de filmes promovia momentos de relaxamento, proporcionando sensação de bem-estar, diminuindo níveis de ansiedade e stress e permitindo estimular as capacidades cognitivas e afetivas da pessoa internada); Projeto Educação para a Saúde (que procurava fomentar hábitos de vida saudáveis, criando o sentido de responsabilidade de cada um na promoção da saúde e incentivando a autonomia nas suas necessidades humanas fundamentais, de forma a preparar alta e a reinserção da sociedade e na vida autónoma); Projeto Natação (que procurava melhorar o estado de saúde pela prática de exercício físico e pela criação de hábitos de vida mais saudáveis e promover o bem-estar e o relaxamento) e o Projeto ASSIST (que visava a implementação de intervenções breves aos doentes com risco moderado ou consumo efetivo de substâncias aditivas; sendo realizada uma avaliação inicial e a cada 3 meses até alta).

Para além destes projetos, alguns elementos da equipa também se encontram envolvidos no Projeto SURE (*Skills for Unimputable Social Rehab*), que decorreu desde Dezembro de 2022 e se encontrava a ser realizado em parceria com uma instituição espanhola e que tinha como objetivos: apoiar a inserção social e cidadania da pessoa inimputável através de estratégias educativas e formação não formal, facilitar o uso corrente de meios de comunicação digitais e adotar e reforçar comportamentos de sustentabilidade ambiental.

Para este campo de estágio os objetivos definidos no Guia Orientador do Estágio de Mestrado em ESMP 2023/2024 (2023), foram:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais a um nível aprofundado, no âmbito da prestação de cuidados, investigação e gestão;

- Atuar conjuntamente com outros membros da equipa multidisciplinar no atendimento diferenciado em situações novas e complexas;
- Desenvolver intervenções especializadas baseadas na evidência, 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.

Desta forma de forma a alcançar os objetivos propostos foram elaboradas diversas atividades, nomeadamente:

- Sessão psicoeducativa denominada “Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade”, uma vez que a ansiedade se assumia como um dos focos mais prevalentes (Apêndice VIII);
- Sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que ocorriam todas as quintas-feiras ao final do dia (Apêndice IX);
- Sessão “Preço Certo” que pretendia capacitar a pessoa na gestão autónoma dos recursos económicos disponíveis e em aquisição de bens (fazer compras) (Apêndice X);
- Sessão “Viver com o Outro”, destinada a pessoas que apresentavam o diagnóstico de interação social comprometida e que apresentavam score compatível com comportamentos impulsivos segundo a Escala de Impulsividade de Barratt (Bis-11) e dificuldades na prática de comportamentos assertivos, pela Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) – versão portuguesa reduzida (Apêndice XI);
- Sessão psicoeducativa sobre a adesão ao regime terapêutico (sua importância) e sobre a prevenção da recaída, numa perspetiva de promoção da adesão ao regime terapêutico (Apêndice XII).

Estas atividades serão descritas e aprofundadas aquando da descrição das atividades realizadas para o atingimento das competências do EESMP.

Para além destas atividades tive a oportunidade de participar nos projetos desenvolvidos neste campo de estágio bem como a oportunidade do treino da realização de semi-estruturadas e o treino das competências comunicacionais com a pessoa com doença mental.

Torna-se importante salientar que este estágio também foi fulcral para despertar ainda mais o interesse pela temática de investigação em estudo, uma vez que através dele percecionei que a maioria daquelas pessoas que se encontravam ali internadas, vinham de contextos familiares/sociais fragilizados e vulneráveis, dando por mim a pensar como seria a reabilitação deles aquando da reintegração no meio natal, caso fosse esse o caso.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Como explicita o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros,

> *"a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental"* (Ordem dos enfermeiros, 2018, p.21427).

A teoria das transições, proposta por Meleis, tem grande impacto na enfermagem, pois sugere uma interação entre o enfermeiro e a pessoa, inserida em seu contexto sociocultural, que se encontra a vivenciar uma transição ou que se aproxime de uma. De acordo com esta teoria, transição é uma passagem entre dois períodos relativamente estáveis, que conduz a pessoa a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudança. Os estudos de Meleis et al. (2000) identificam quatro tipos de transições: desenvolvimentais (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacionais (envolvem a adição ou a subtração de pessoas no meio, requerendo a redefinição de papéis), de saúde/doença (ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas económicas ou intraorganizacionais). Estas transições podem originar um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações, sendo que quando a pessoa vivencia várias transições em simultâneo, esta torna-se mais vulnerável (Meleis, 2010).

Assim, esta interação (enfermeiro-pessoa) estabelece um objetivo organizado, conduzindo o processo de enfermagem com ações terapêuticas que podem abranger os três eixos de atuação: promoção, prevenção e intervenção, com o intuito de melhorar ou facilitar a saúde daquela pessoa e a adaptação à transição (Meleis, 2012). Para a pessoa ter uma transição saudável, é essencial que ele incorpore novas questões na sua vida, nomeadamente a aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo (Meleis et al., 2000). Para isso, o EESMP assume um papel muito importante, na medida que possuem ferramentas que permitem auxiliar a pessoa neste processo.

Também a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvido por Hildegard Peplau, foca na elevada importância da relação entre enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados (Bittencourt et al.,2018). Esta teoria proporciona à enfermagem uma estrutura psicodinâmica, implicando que na relação enfermeiro-pessoa cuidada ambos cresçam em resultado da relação profissional estabelecida (Townsend, 2011). É na relação psicodinâmica que o enfermeiro entende o próprio comportamento para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios das relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência (*Idem*, 2011). Para que esta relação interpessoal exista, Peplau propôs um processo de quatro fases, que, apesar de independentes, se sobrepõem e decorrem ao longo da relação terapêutica: Orientação; Identificação; Exploração; e por último a Resolução.

Durante a relação terapêutica, o enfermeiro tem o papel de esclarecer, escutar, estabelecer metas, promover a satisfação das necessidades da pessoa, capacitando-o para a sua autonomia perante a doença e para a integração familiar e na sociedade (Pinheiro et al., 2019). Na sua teoria, Peplau, propõe o desenvolvimento gradual de um relacionamento interpessoal entre enfermeiros e a pessoa alvo dos cuidados, no qual será possível ao enfermeiro auxiliá-la a identificar necessidades específicas para alcançar a sua independência e autonomia, com o fornecimento de ferramentas que promovam a sua saúde física e mental. A autora dá relevância ao enfermeiro, através de si mesmo, como agente terapêutico ou como meio para a resolução de problemas, acreditando que o enfermeiro é capaz, cada vez mais, de se aproximar da pessoa, de um modo ativo (Almeida et al., 2005). Peplau acredita que os enfermeiros especializados em saúde mental são capazes de fornecer cuidados adequados, pois conseguem integrar abordagens físicas e psicológicas diferenciadas, dependendo do contexto e com base em seus conhecimentos e estratégias terapêuticas (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011).

Tal aspeto vai ao encontro das competências especificas do EESMP onde é esperada a "a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico" para o desenvolvimento de "(..) vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (..)" para em seguida poder colocá-las em prática prestando "cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo da vida" (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427).

Patrícia Benner propõe que o desenvolvimento da competência em enfermagem é dinâmico e progressivo, sendo dividido em cinco níveis, desde o iniciante até o perito. Ela destaca que essa evolução depende de várias variáveis, como as experiências passadas, a intuição como substituta do pensamento baseado em normas, a perceção da situação como um todo, com foco nas partes mais relevantes, e o envolvimento ativo em diferentes contextos (Nunes & Poeira, 2021).

Na prática clínica da enfermagem em saúde mental, as competências psicoterapêuticas são essenciais, permitindo ao EESMP desenvolver um julgamento clínico único e uma prática distinta das demais áreas da enfermagem (OE, 2018).

Além disso, a reflexão é um processo mental importante, defendido por diversos autores como uma ferramenta chave no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Ela envolve processos que geram conhecimento estruturado, como a reflexão na ação, sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão (Queirós, 2020).

Assim, no presente capítulo serão apresentadas, com base numa análise critico-reflexiva e com recurso à mobilização das situações vivenciadas em contexto de estágio, as atividades e intervenções desenvolvidas por forma a evidenciar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas, presentes pelo Regulamento n.º 140 de 2019 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), pelo Regulamento n.º 515 de 2018 –Competências Específicas do EEESMP (OE, 2018), e pelo Regulamento n.º 356 de 2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015a).

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, define as competências comuns como sendo

> *"as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria"* (Regulamento n.º 140/2019 da OE, p.4745).

Ainda segundo o mesmo regulamento, as competências comuns encontram-se subdivididas no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e de competências específicas, na área na qual se especializam.

Ao longo do percurso efetuado, foi possível desenvolver os seguintes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, procurando dar resposta às competências que os constituem, como irei apresentar de seguida.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
"Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*" (OE, 2019, p. 4746).

A responsabilidade profissional em saúde está intrinsecamente relacionada aos deveres e obrigações que os profissionais devem cumprir no exercício de sua profissão. Durante a prática da enfermagem, os profissionais enfrentam situações que frequentemente desafiam os princípios, valores éticos e deontológicos que norteiam a profissão, o que muitas vezes resulta em dilemas éticos. Esse processo de tomada de decisão é especialmente presente

durante os estágios, momento em que os enfermeiros em formação são convidados a refletir de forma ponderada, com base em evidências científicas, além de respeitar as normas éticas, deontológicas e legais que regem a enfermagem. O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro são documentos fundamentais que orientam a prática diária, assegurando que todas as ações realizadas estejam em conformidade com os direitos e deveres tanto dos profissionais quanto dos utentes e das comunidades, funcionando como suporte essencial na tomada de decisão clínica. Assim, a prática de enfermagem ao longo dos estágios está sempre alicerçada nos princípios de ética, deontologia e legislação, garantindo a qualidade e segurança no cuidado prestado. (Nunes et al., 2005; OE, 2015b).

Bessa (2013), também enumera princípios fulcrais para a prática enquanto enfermeiros, nomeadamente: o princípio da beneficência que comporta a obrigação moral de atuar em benefício do outro, fazendo o bem, sendo este encarado não só do ponto visto médico, mas sim de acordo com aquilo que a pessoa considera benéfico para si próprio; o princípio da não-maleficência que consiste em não causar dano intencional, ou seja, de forma deliberada; e princípio da autonomia que refere a pessoa como um ser dotado de razão, consciente da sua dignidade, livre e responsável sobre si próprio.

Contudo, nem sempre é fácil garantir que o princípio da autonomia é aplicado na prática. Um exemplo disso diz respeito aos internamentos involuntários (anteriormente denominado de internamentos compulsivo, que sofreram alteração da denominação com a Nova Lei da Saúde Mental, Lei nº 27/2023, que procura promover uma visão mais centrada na dignidade e nos direitos da pessoa com doença mental). Estas situações foram vividas durante o estágio. O internamento involuntário, regulado pela Lei nº 36/98 de 24 de Julho, só pode ser determinado aquando exista um “portador anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” e ainda “pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”. É de ressalvar que o princípio da autonomia é afetado, neste tipo de casos, pelos motivos anteriormente justificado, mas que cabe a nós preservar a dignidade daquela pessoa.

Ainda de acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro deve ter em conta: o respeito pela intimidade da pessoa, salvaguardando o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa; o dever do sigilo, onde o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão; bem como o dever de informação onde deve ser salvaguardado o consentimento informado. O consentimento informado, livre e

esclarecido, consiste no processo pelo qual uma pessoa recebe informações claras e compreensíveis sobre uma intervenção que lhe permita tomar uma decisão consciente sobre sua participação. Abrange não apenas a informação, mas também a capacidade de entender e a liberdade de decidir. O consentimento informado é essencial e envolve a comunicação clara entre o enfermeiro e pessoa, respeitando a autonomia da mesma e indo ao encontro dos princípios previamente enumerados (Nunes et al., 2005).

Estes pressupostos foram sempre tidos em conta ao longo do meu percurso, tendo sempre sido solicitado o consentimento informado perante as atividades/intervenções realizadas, bem como foi sempre assegurado o tratamento dos dados de forma confidencial, respeitando a anonimato da pessoa.

Para além disso, a tomada de decisão deve ser fundamentada em um amplo conhecimento da área e em uma atualização contínua, o que é essencial para avaliar sistematicamente as melhores práticas, respeitando os direitos e preferências dos participantes e suas famílias (Nunes, 2020). Assim, ao longo do estágio desenvolvi práticas baseadas na evidência, onde as intervenções foram estabelecidas de acordo com as necessidades identificadas no momento e foram alvo de avaliação com vista à melhoria das mesmas e, consequentemente, da qualidade dos cuidados.

Todas as atividades/intervenções realizadas tiveram por base as necessidades identificadas naquela pessoa, comunidade e ou família, tendo sido sempre respeitada a individualidade de cada um e tendo sido estabelecidas em parceria com a pessoa/grupo-alvo dos cuidados.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
"Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;* *Garante um ambiente terapêutico e seguro"* (OE, 2019, p. 4747).

De forma a garantir a qualidade dos cuidados de Enfermagem oferecidos à população, o enfermeiro especialista deve participar no planejamento e execução de projetos que assegurem essa qualidade para diferentes grupos. Isso inclui a criação de um ambiente terapêutico e seguro, permitindo que ele assegure boas práticas conforme o contexto da prática clínica (OE, 2018).

Durante os diferentes estágios, foram desenvolvidos projetos que serviram como base para as intervenções a serem realizadas. Após alguns dias de interação com os contextos e com a população presente naquele contexto, foram identificadas as problemáticas a serem

abordadas, bem como as causas adjacentes, a fim de se estabelecerem objetivos para as intervenções.

A OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 da OE), define oito categorias que servem como orientações para programas de melhoria contínua. Essas categorias incluem: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação, organização dos cuidados de enfermagem, relação psicoterapêutica e combate ao estigma e exclusão social. Assim, os projetos desenvolvidos foram de encontro a estes padrões de qualidade. Considerando os conhecimentos e competências adicionais, os enfermeiros especialistas desempenham um papel crucial na implementação de projetos que buscam aprimorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Para cada contexto de estágio, também foi elaborada uma síntese crítica das atividades, onde foram apresentados os resultados das intervenções, acompanhados de uma reflexão sobre possíveis medidas corretivas que poderiam melhorar as ações realizadas. Nessas sínteses, foi possível avaliar o sucesso dos programas propostos e implementados.

A troca de conhecimentos ocorreu ao longo de todo o estágio, envolvendo tutores, professores e colegas, tornando-se um aspeto fulcral para a reflexão sobre a prática e consequente melhoria dos cuidados. As atividades e resultados mencionados serão detalhados posteriormente, pois estão relacionados às competências específicas do EESMP.

Aquando do estágio em contexto hospitalar, na UPD, e dentro do “Projeto Relaxa a Mente” já instituído no serviço pela enfermeira tutora foi também elaborada uma análise dos resultados obtidos durante o período de estágio, que permitiu realizar em equipa uma reflexão sobre o impacto e os benefícios que esta técnica de relaxamento tem para esta tipologia de pessoas internadas (muitas com diagnóstico de ansiedade, que pode estar inerente ou não aos consumos), bem como salientar a importância no investimento nela pela integração de novos elementos da equipa de enfermagem no processo e pelo o aumento das sessões semanais, para que os resultados sejam mais notórios, pelo aumento de sessões a cada um. Com esta análise dos resultados, foi posta a hipótese da redução do tempo para aplicação de nova Escala de Ansiedade de Hamilton (de mensal para quinzenal), uma vez que apenas duas das pessoas tinham estado o tempo suficiente para repetição da mesma. Tal atuação vai ao encontro do presente domínio.

Para além disso, tendo em conta a tipologia de pessoas internadas naquele momento na UPD e tendo em conta as necessidades existentes na equipa também foi desenvolvida uma ação de formação aos enfermeiros da UPD com o tema “Novas Adições”, que permitiu um momento de discussão e reflexão em equipa sobre esta problemática e sobre o melhor meio de atuação

perante este problema, com a análise da informação existente e dos instrumentos de avaliação que possam ser auxiliadores mais utilizados em cada situação. No final da ação de formação foi aplicado um questionário de satisfação relativamente à mesma, mostrando-se a mesma percecionada como muito útil.

Ao longo do estágio em contexto de comunidade, com vista à melhoria na colheita de informação aquando da consulta de alcoologia também procedi ao aperfeiçoamento do guião orientador da consulta, que permitisse um melhor acompanhamento e assim possibilitasse a reabilitação da mesma.

Ainda neste contexto, e com o intuito de aperfeiçoar a prática clínica através da capacitação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias, promovendo a saúde mental, prevenindo o desgaste emocional e aumentando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família, foi elaborado o Projeto "Cuidar com Palavras: promoção da saúde mental na comunicação de más notícias". Neste projeto, foi realizada uma ação de formação aos enfermeiros da UCC, tendo por base o protocolo SPIKES e o modelo ABCDE. Após a sessão foi realizado um role-play de uma situação clínica comum no contexto de ECCI, para o treino das aptidões adquiridas.

Também tive oportunidade de colaborar com outros profissionais e de participar em formações da área (participação no Seminário "Saúde Mental nos Adolescentes") durante o estágio desenvolvido também vai ao encontro do enumerado neste domínio uma vez que permite a atualização de conhecimentos e a melhoria dos cuidados.

Por fim, outra preocupação constante ao longo de todo o estágio foi a manutenção e promoção de um ambiente terapêutico seguro, quer para a pessoa alvo dos cuidados, quer para o profissional.

Domínio da Gestão dos Cuidados
"Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados"* (OE, 2019, p. 4747).

As competências enumeradas no presente Domínio estão diretamente relacionadas à tomada de decisão que o enfermeiro especialista deve dominar para ser capaz de otimizar o processo de cuidados, supervisionar as tarefas delegadas e assim garantir que estas são realizadas com qualidade e segurança, além de gerir o trabalho de equipa de acordo com as necessidades (OE, 2019).

Durante todos os estágios, o processo de tomada de decisão foi inevitável, envolvendo o pensamento crítico de estudantes, tutores e professores. Essa tomada de decisão traz a responsabilidade de agir, incluindo a capacidade de decidir e o compromisso com essa escolha (Nunes, 2006). Para esse processo, foram tidos em conta fatores externos e internos que poderiam influenciar as problemáticas identificadas, bem como foram geridas as situações clínicas que surgiram tendo por base sempre a garantia da qualidade dos cuidados e feita a articulação das mesmas com os outros elementos da equipa sempre com o objetivo de proporcionar os melhores cuidados.

Esta gestão foi muito percecionada aquando das reuniões multidisciplinares que ocorriam nos diversos contextos. Apesar de estas serem fulcrais em todos os contextos saliento aqui o contexto de comunitária, em que que todas as semanas estas reuniões ocorriam com grande foco na ECCI. Aqui era realizada uma análise das necessidades de cada pessoa/família alvo dos cuidados, procurando que numa próxima visita o profissional distribuído fosse o que mais se adaptasse a essa necessidade, de acordo com as competências acrescidas que apresentavam. Por vezes, essa próxima visita domiciliária até podia contar com mais do que um profissional caso isso fosse o melhor para aquele caso.

No entanto, e apesar de sempre sentir que fui incluída de uma forma ativa nestas reuniões, como estudante, é desafiador implementar plenamente esse domínio, pois a gestão e liderança são, em grande parte, responsabilidade do enfermeiro gestor de cada contexto. Enquanto estudante, acaba por ser possível apenas gerir os cuidados propostos e prestados à pessoa/população alvo e não sendo possível intervir na gestão do serviço em si, requerendo assim a nossa adaptação ao contexto.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais
"*Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;* *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica"* (OE, 2019, p. 4747).

A praxis clínica envolve a capacidade de realizar tarefas complexas e funcionais com habilidade e fluidez, englobando várias dimensões, como os aspetos pessoais, éticos, culturais, relacionais, processuais, intuitivos, estéticos e táticos. Esses elementos são essenciais para a formação do saber do enfermeiro, refletindo as aprendizagens profissionais que incluem o *saber saber*, *saber ser* e *saber fazer* (Queirós, 2014). O processo de realização dos estágios e a reflexão contínua sobre as experiências vividas, em diálogo com colegas, tutores e professores, desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, competências que são cruciais para o aprimoramento contínuo da prática do enfermeiro especialista em saúde mental.

O autoconhecimento permite que o enfermeiro compreenda as suas emoções, limitações e pontos fortes, promovendo uma prática mais consciente e alinhada com os princípios éticos e deontológicos da profissão. Essa reflexão constante contribui para a melhoria contínua das suas competências, permitindo oferecer um cuidado de saúde mental de melhor qualidade. Por sua vez, a assertividade, que se refere à capacidade de expressar ideias, sentimentos e necessidades de forma clara e respeitosa, facilita a comunicação tanto com a pessoa alvo dos cuidados quanto com a equipa (Sequeira, 2020). Isso favorece a criação de um ambiente terapêutico seguro e colaborativo, essencial para a tomada de decisões clínicas eficazes.

Desta forma, o autoconhecimento e a assertividade são competências que não apenas promovem um desenvolvimento pessoal do enfermeiro, mas também fortalecem a prática clínica. Estão diretamente ligadas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, especialmente no contexto da saúde mental, permitindo que o enfermeiro refine a sua prática, comunique de forma eficaz e melhore a qualidade do cuidado prestado.

A reflexão das competências adquiridas durante a elaboração das sínteses críticas no término de cada campo de estágio e agora deste relatório de estágio, foram importantes para desenvolvimento desta competência, uma vez que contribuíram para o meu autoconhecimento e, consequente, crescimento pessoal e profissional. Em todas as intervenções realizadas, também foi realizada pesquisa bibliográfica que permitiu fundamentar as referidas intervenções e aprofundar o conhecimento sobre as mesmas aplicando assim, na prática, a evidência científica. Assim, durante todo o percurso do estágio a reflexão foi um instrumento utilizado frequentemente, quer para reflexão da prática especializada quer para o crescimento pessoal e individual.

Também com a elaboração do caso clínico em contexto hospitalar foi realizada uma pesquisa teórica forte, rigorosa e completa, que considere diversos autores e teorias. Este permitiu a integração da investigação em Enfermagem nos cuidados prestados, analisando a prática real de forma crítica, possibilitando assim a melhoria gradual dos cuidados de Enfermagem prestados, tal como a evolução profissional da Enfermagem.

Esta reflexão crítica sobre os cuidados prestados e sobre a postura adotada enquanto enfermeira especialista possibilita ajustes e aprimoramentos nas abordagens em situações futuras, contribuindo para uma prática mais eficaz e alinhada às necessidades da pessoa cuidada.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, define que as competências especificas são as

> *"competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas"* (Regulamento nº 140/2019 da OE, p.4745).

Desta forma, o Regulamento nº 515/2018, respetivo às competências específicas do EESMP salienta que a "enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (Regulamento nº 515/2018 da OE, 2018, p. 21427).

No que respeita às competências específicas para o EESMP a OE salienta os ganhos em saúde vivenciados pelas pessoas que se encontram em processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental quando cuidadas por EESMP, uma vez que estes: "(..) detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" assim como detêm as competências para compreender "os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais" (Regulamento n.º 515/2018 da OE, p.21427). Desta forma, os mesmos, podem colocar em prática planos que ao serem eficazes podem diminuir significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

São Competências Especificas do Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento n.º 515/2018 da OE:

Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional
"Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas" (OE, 2018, p.21428)

O autoconhecimento é uma competência essencial para o EESMP, e está diretamente ligado à sua habilidade de atuar de forma terapêutica. Desde o início da formação, o desenvolvimento do autoconhecimento é uma prioridade, permitindo ao EESMP utilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico. Esta competência resulta de processos contínuos de reflexão, vivências e desenvolvimento pessoal, que envolvem técnicas psicoterapêuticas e socio-terapêuticas. Para que o EESMP tenha sucesso nesta função, é imprescindível que ele desenvolva um entendimento profundo sobre as suas próprias emoções, limitações e forças, sempre com base em experiências que promovam o autoconhecimento.

Essa capacidade de utilizar o "eu" como instrumento terapêutico distingue o EESMP de outros profissionais de enfermagem, pois ele é treinado para estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa de forma empática e competente. O EESMP aplica os seus conhecimentos especializados de forma eficaz, sendo capaz de desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas e psicoeducacionais, fundamentadas no conhecimento profundo de si mesmo.

Durante os estágios, a importância da comunicação terapêutica tornou-se evidente. A comunicação é vista como uma ferramenta fundamental para estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa, tal como defendido por Peplau (Parker & Smith, 2010). A relação terapêutica, composta por elementos como empatia, congruência, sinceridade, e assertividade, cria um ambiente seguro onde o paciente se sente confortável para compartilhar suas dificuldades. Como salientado por Sequeira (2020), a comunicação terapêutica envolve o uso consciente de técnicas que promovem uma interação eficaz e ajudam as pessoas a enfrentar os seus problemas.

Além disso, o desenvolvimento de competências comunicacionais, como a escuta ativa e o aconselhamento, tem uma forte relação com o sucesso das intervenções do EESMP. A escuta ativa permite ao enfermeiro compreender as preocupações e necessidades da pessoa, criando um espaço seguro para a expressão emocional. O aconselhamento, por sua vez, foca em apoiar a pessoa no uso de estratégias de *coping*, ajudando-o a lidar com problemas de saúde de forma adaptativa (Sequeira & Coelho, 2020).

O autoconhecimento também está profundamente ligado à habilidade do enfermeiro de reconhecer suas próprias emoções e reações, como destaca Phaneuf (2005). Quando um enfermeiro é capaz de identificar e compreender suas emoções, ele está mais bem preparado para lidar com as emoções dos outros, facilitando a empatia e fortalecendo a relação terapêutica. Goleman (2012) complementa esse conceito ao discutir a inteligência emocional, que envolve a capacidade de autogestão emocional, motivação e empatia, competências essenciais para a prática do EESMP.

Por fim, é crucial reconhecer que o EESMP, assim como qualquer ser humano, traz consigo um conjunto de experiências, crenças, inseguranças e valores pessoais. O sucesso no cuidado depende de sua capacidade de reconhecer e lidar com essas influências, para que possa direcionar a sua energia para a melhoria contínua das suas intervenções. O autoconhecimento não é apenas uma competência técnica, mas também um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo que o EESMP utilize a sua própria experiência como um recurso terapêutico eficaz, com o objetivo de melhorar o cuidado prestado e apoiar a pessoa de maneira holística.

Assim neste percurso, procurei continuamente explorar e desenvolver essas competências em diversos contextos, adquirindo conhecimento sobre mim mesma, utilizando a comunicação terapêutica para promover confiança, compreender as histórias de saúde daquelas pessoas e identificar suas necessidades, avaliando o impacto das suas condições de saúde mental na qualidade de vida e autonomia. Reconheço que por vezes a construção dessa relação pode ser mais desafiadora com algumas pessoas, dependendo das suas características pessoais e de suas condições de saúde, mas considero que com dedicação foi possível e que consegui estabelecer uma relação terapêutica, isenta de juízos de valores e mantendo os limites da relação profissional de forma a preservar a integridade do processo terapêutico, com a gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência.

Considero que em todos os contextos de estágio, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal e profissional foram contínuos, facilitados por pesquisa, reflexão crítica e trocas com colegas, tutores e professores. As avaliações dos resultados das intervenções em comparação aos objetivos estabelecidos foram cruciais também para aprimorar a prática. A reflexão sobre a ação contribuiu para a aprendizagem e consolidação do conhecimento. Além disso, os estágios possibilitaram o desenvolvimento da inteligência emocional, essencial para um atendimento eficaz na área da saúde. Apesar dos desafios, como situações imprevisíveis e recursos limitados, foi possível equilibrar emoção e razão nas intervenções realizadas.

Saliento que o desenvolvimento do autoconhecimento e do "eu" como instrumento terapêutico é um caminho em constante evolução. Estou convencida de que as aprendizagens adquiridas ao longo deste mestrado foram fundamentais para meu crescimento pessoal e profissional como futura EESMP e considero que esta competência foi a que mais evolui ao longo do meu percurso.

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

"Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente;

Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;

Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos" (OE, 2018, p.21428).

A segunda competência do EESMP está relacionada com a recolha de informações essenciais para a avaliação da saúde mental das pessoas, bem como com a promoção e proteção da saúde, e a prevenção de perturbações mentais. Para realizar essa avaliação, o EESMP deve aplicar uma série de habilidades, incluindo a sensibilidade cultural e linguística, aptidões comunicativas e técnicas adequadas de entrevista e observação comportamental. Além disso, é necessário revisar os registos da pessoa e realizar uma avaliação abrangente do seu estado de saúde, considerando os sistemas relevantes para a sua condição (Regulamento n.º 515/2018, OE).

Ao longo da vida de uma pessoa, ou de uma família inserida em um contexto de grupo ou comunidade, ocorrem diversas mudanças, algumas delas desejadas e outras impostas, que podem afetar o bem-estar e a saúde mental. Essas mudanças podem ser vistas como transições, um conceito fundamental na enfermagem. Segundo Meleis, citado por Queirós (2012), a enfermagem atua como facilitadora desses processos de transição, com o objetivo de promover o bem-estar dos indivíduos.

Como salientando anteriormente, a Teoria das Transições de Meleis propõe que as transições devem ser entendidas como respostas que acontecem ao longo do tempo, influenciadas por fatores pessoais, ambientais e pelas perceções e expectativas dos indivíduos. Estas transições podem ser saudáveis ou não, sendo que as não saudáveis são caracterizadas por dificuldades na adaptação a novos papéis, assim como na compreensão e execução desses papéis, levando, muitas vezes, ao sofrimento emocional e até mesmo à doença mental (Meleis, 2012). Nesse contexto, o enfermeiro, especialmente o EESMP, tem um papel fundamental em fortalecer os pontos fortes e as habilidades dos pacientes, ajudando-os na recuperação e no aumento de seus níveis de saúde, bem-estar, autorrealização e funcionalidade.

Além disso, o Regulamento n.º 515/2018 da OE enfatiza a importância de compreender os determinantes da saúde mental, que são fatores associados a aspetos diversos da saúde. Estes determinantes estão agrupados em quatro categorias principais: fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos sociais, e valores culturais. Esses

determinantes podem ser usados como indicadores estruturais da saúde mental e são essenciais para a construção de uma estratégia de promoção da saúde mental.

Na perspetiva de promoção da saúde mental, é de responsabilidade das organizações de saúde promover políticas públicas favoráveis à saúde, criar ambientes propícios ao bem-estar, incentivar a ação comunitária, e apoiar o desenvolvimento e empoderamento das comunidades. Além disso, as estruturas de saúde devem ser reorientadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, especialmente no campo da saúde mental.

Em consonância com essas diretrizes, o EESMP tem a responsabilidade de desenvolver intervenções específicas na área da promoção da saúde mental e do bem-estar. Através de seus conhecimentos e competências especializadas, o EESMP deve ser capaz de adaptar suas ações aos diversos contextos e às necessidades de diferentes populações, garantindo que as pessoas recebam o suporte necessário para otimizar sua saúde mental ao longo do ciclo de vida (Regulamento n.º 515/2018, OE).

Desta forma o longo de todos os estágios, foi possível realizar intervenções no sentido de recolher "informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental" (OE, 2018, p. 21428). Este processo de avaliação foi crucial para o planeamento das intervenções, tendo sido necessária a mobilização de várias aptidões, nomeadamente de comunicação, observação e análise.

Em todos os contextos de estágio, foi possível executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental das pessoas nos seus diversos contextos sociais, bem como, avaliar globalmente a história de saúde com ênfase na saúde mental, contribuindo para a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental nos grupo-alvo selecionados. Para tal desenvolvi aptidões de comunicação com especial atenção às questões culturais e linguísticas.

Saliento aqui o contexto comunitário, enquanto ECCI, em que tive a oportunidade de contactar com uma pessoa com demência, cuidada pela filha. Nestas visitas foi possível percecionar que não era só aquela senhora que precisava dos nossos cuidados, mas sim também aquela filha que tinha "abandonado" a sua vida para se dedicar à mãe, sendo percetível o *stress* em que vivia. Assim, numa visão holística daquela família, pudemos dar um apoio também àquela filha. Para isso desenvolvi o programa "CUIDAR(me)", já anteriormente salientado, que procurava prevenir o *burnout* do cuidador informal da pessoa com demência. Apesar de o programa inicial contar com a existência de cinco sessões, houve a necessidade de adaptação do mesmo para quatro sessões, uma vez que em cada semana eram realizadas

apenas duas visitas domiciliárias a esta família e nem sempre as mesmas se encontravam distribuídas ao meu enfermeiro orientador. Desta forma, após a primeira sessão em que foi apresentado o projeto e seus dinamizadores e realizado um Brainstorming sobre o cuidar da pessoa com demência e o stress que daí advém e aplicada a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, foi possível aferir que a cuidadora já possuía alguns conhecimentos sobre o tema. Assim, em vez da existência de duas sessões de psicoeducação, foi condensada a informação numa sessão, sendo abordados os temas: demência, burnout no cuidador informal e técnicas de comunicação na pessoa com demência, com o recurso a um powerpoint. É de salientar que esta opção só foi tomada visto a cuidadora já apresentar conhecimentos sobre o tema, pois caso contrário seria muita informação para uma sessão que dificultaria o processo de armazenamento da mesma. Aquando do término desta sessão, foi solicitado que a cuidadora pensasse em situações em que sentisse mais dificuldades de forma as abordarmos na próxima sessão. Na terceira sessão quando questionadas quais as dificuldades encontradas, a cuidadora referiu que tomou a decisão de ir de férias em agosto com o marido, sendo os cuidados da mãe assumidos pelos irmãos que viriam nesse período e sendo o seu maior receio como eles iriam reagir aos comportamentos agressivos que a mãe por vezes apresenta. Desta forma, foram analisadas e treinadas algumas estratégias para comunicar com a pessoa com demência e com a agitação e comportamentos agressivos, de forma a poder transmitir esses conhecimentos aos irmãos. No final foi pedido que fosse treinando com os irmãos as técnicas apreendidas. Esta sessão acabou por ser gratificante uma vez que foi possível observar que os conhecimentos transmitidos tinham sido adquiridos, mas principalmente que aquela cuidadora tinha pensado no que lhe tínhamos dito relativamente a pensar também em si e tinha tomado a decisão de dedicar o tempo que precisava a si e à sua família. Para além disso no final da sessão, aquando da despedida as palavras “obrigada pelo bocadinho, sabe bem deitar cá para fora” (*sic*) proferidas pela cuidadora, deixaram-me de coração cheio e sensação de dever cumprido… tínhamos feito a diferença. Por fim, na última sessão foi feita uma análise do programa e dos sentimentos vivenciados e a aplicação de um questionário de conhecimentos, de um questionário de satisfação que visa a melhoria do programa desenvolvido e da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, aplicada também na primeira sessão. De forma à cuidadora ou familiar poder ter um material de suporte caso tenho alguma dúvida, foi elaborado um folheto sobre a demência e um manual de apoio ao cuidador informal da pessoa com demência, que foi fornecido. Com o recurso à escala anteriormente referida e aos indicadores NOC, previamente selecionados, foi possível constatar a eficácia do programa elaborado, uma vez que os resultados evidenciaram uma diminuição dos níveis de sobrecarga da cuidadora informal, bem como um aumento da sensação de bem-estar. Com a aplicação da escala de sobrecarga de Zarit foi possível constatar que a cuidador se encontrava com um nível de sobrecarga inicial

intensa (score 65), tendo na última avaliação apesar de manter uma sobrecarga intensa ter reduzido este nível para o score para 59, o que sugere uma melhoria. Para além disso, tal aspeto também foi visível quer pelo discurso da cuidadora, quer pelas suas práticas, onde ela já se assumia como uma preocupação. A cuidadora passou a sair, a ir jantar fora, a pensar em si, nunca descurando o cuidado à mãe. É de salientar que como força ao programa, surgiu o facto do marido da cuidadora se encontrar nesta fase final mais presente, uma vez que se tinha reformado, sendo um grande apoio para a mesma, incentivando-a a fazer as coisas dela e substituindo-a, por vezes, nos cuidados à mãe. Apesar de considerar que o programa atingiu os resultados esperados, considero que numa implementação futura este possa ser realizado em sessões em grupo de cuidadores informais, uma vez que permite uma maior partilha de experiências e conhecimentos, permitindo a entreajuda.

Para além disto, saliento que também ainda em contexto comunitário foi identificada como uma dificuldade da equipa a comunicação de más notícias, sendo este momento um momento causador de *stress* e angústia para os profissionais da instituição. Desta forma e de modo a melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa/família durante a transmissão de más notícias, reduzindo o impacto desta e assim promovendo a saúde mental e a prevenção da doença mental, foi elaborado o Projeto "Cuidar com Palavras: promoção da saúde mental na comunicação de más notícias", tal como salientado anteriormente. Este visou: fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de lidar com o impacto psicológicos associado à comunicação de más notícias; reduzir o nível de stress e ansiedade dos profissionais de saúde aquando da comunicação de más notícias; aumentar a autoconfiança e autoestima dos profissionais de saúde ao lidar com situações difíceis; prevenir problemas de saúde mental associados à exposição a fatores stressantes; desenvolver habilidades de comunicação; e proporcionar um maior suporte à pessoa/família. Este projeto foi aplicado aos enfermeiros da ECCI, inicialmente através de uma ação de formação e posteriormente com treino das técnicas apreendidas com recurso a um role-play de um caso familiar naquele contexto. O feedback foi bastante positivo, uma vez que todos identificaram a comunicação de más notícias como um fator de *stress* para eles.

Considero que ambos os trabalhos desenvolvidos foram de extrema importância e foram ao encontro das necessidades encontradas aquando da minha avaliação, tendo sido importante para mim ver que estes realmente fizeram diferença.

Para além destes, considero que as ações de sensibilização realizadas neste contexto onde foram abordados os temas saúde mental, perturbação mental, estigma associado à perturbação mental, mitos e verdades sobre as perturbações mentais, alcoolismo e consequências do alcoolismo, alcoolismo e saúde mental e sinais de alerta foram de extrema

importância para a promoção e proteção da saúde mental pela consciencialização das pessoas abrangidas para a importância do cuidar da nossa saúde mental.

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
"*Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;* *Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;* *Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;* *Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;* *Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde"* (OE, 2018, p.21429).

A terceira competência do EESMP está intrinsecamente relacionada com a competência anterior, uma vez que, após uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental das pessoas, considerando os seus diversos contextos sociais, o enfermeiro é responsável pela elaboração de um plano de cuidados individualizado e estruturado. Este plano deve ser baseado nas etapas do processo de enfermagem de saúde mental, que envolvem: avaliação, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento, implementação e, finalmente, a avaliação dos cuidados prestados. As intervenções devem ser personalizadas e sempre realizadas com a concordância da pessoa, promovendo as melhores condições para o sucesso do processo de recuperação (Townsend, 2011).

O plano de cuidados desenvolvido pelo EESMP deve ser fundamentado em evidências científicas e visa promover a saúde mental das pessoas, famílias, grupos e comunidades, além de prevenir a manifestação de perturbações mentais. Tais cuidados devem-se focar na proteção da saúde mental, no aprimoramento da qualidade de vida e na promoção da funcionalidade da pessoa, levando sempre em consideração a fase do ciclo de vida em que se encontra. A abordagem do EESMP deve ser centrada nas respostas da pessoa aos seus problemas de saúde, sejam eles reais ou potenciais, com a adaptação da intervenção às necessidades específicas daquela pessoa e ao seu contexto.

Durante o estágio, foi possível acompanhar grupos de pessoas de diferentes faixas etárias e contextos sociais, o que permitiu compreender de forma mais clara como as abordagens escolhidas eram ajustadas a cada situação.

Neste ponto, destaco a realização do caso clínico, onde de forma estruturada foi aplicada a metodologia do processo de enfermagem. Após identificação dos focos de atenção e definição dos diagnósticos de enfermagem, foi possível estabelecer intervenções especializadas com a pessoa em estudo, pela elaboração de um plano de cuidados adaptado. Neste caso, uma vez que uma fragilidade da pessoa se prendia ao controlo de impulsos (tendo esta um *score* compatível com perturbação do controlo de impulsos segundo a escala de Barrat-Bis 11), e que estes também estariam na base dos consumos de álcool, optei por realizar com ele uma sessão psicoeducativa sobre as emoções, impulsividade e estratégias para controlo da impulsividade. Após isso foram realizadas mais 3 sessões com o utente que permitiram executar uma intervenção de um controlo de impulsos efetivo, pela: identificação do problema/comportamento a ser mudado; identificação das situações/sentimentos e estímulos que desencadeiam o comportamento indesejado; reflexão sobre as situações/sentimentos/estímulos identificados; encorajamento da pessoa a avaliar o seu comportamento e a assimilar as respetivas consequências; identificação dos seus pontos positivos e os seus pontos fracos; identificação das estratégias de *coping* adequadas de forma as operacionalizar; ensino da técnica PROARR, que permite "parar e pensar" antes de agir impulsividade; reconhecimento das emoções. Com a implementação destas intervenções foi possível estabelecer em conjunto algumas estratégias que ele podia adotar de forma a controlar os impulsos. Este trabalho foi muito enriquecedor para mim uma vez que tive a possibilidade de observar uma mudança positiva no comportamento da pessoa alvo da minha atenção, tornando-se menos reativo para com as outras pessoas internadas e profissionais, aquando confrontado com o "não", com uma opinião distinta da sua ou com uma situação que o desagradasse e encontrando-se mais consciencializado do seu problema e consequentemente mais motivado para a mudança de comportamentos prejudiciais, entre os quais os consumos excessivos de álcool. Saliento que definição das estratégias com a pessoa do caso clínica foram sempre definidas pelo próprio, após uma reflexão conjunta sobre as suas potencialidades e fragilidades e sobre os seus interesses e vivências.

Para este caso clínico recorri ao Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que serve como alicerce a uma melhor documentação dos cuidados, através de uma linguagem universal que permita uma maior compreensão entre toda a equipa.

Também é determinante que o EESMP utilize na sua prática especializada instrumentos que permitam aferir indicadores de ganhos em saúde de modo a dar visibilidade e importância ao impacto dos cuidados de saúde mental e psiquiátrica prestados. Segundo a OE (2023), os indicadores possibilitam a documentação dos cuidados, bem como avaliar e estabelecer prioridades, apoiar a responsabilização, regulação e acreditação, suportar a melhoria da

qualidade e apoiar a escolha feita pela pessoa. A utilização dos mesmos é assim crucial para evidenciar os ganhos em saúde obtidos por parte da pessoa/população alvo de cuidados, demonstrando assim resultados que permitem compreender a respetiva evolução do determinante a aferir. Bem como importa referir que cabe ao EESMP avaliar também a satisfação das pessoas relativamente aos cuidados especializados em saúde mental (Regulamento n.º 356/2015 da OE). Referente a esta componente em todo o meu percurso apliquei e selecionei os métodos de avaliação que considerei mais adequados, tendo em conta a pessoa, o seu contexto e os indicadores a avaliar, a fim de aferir resultados da prática clínica com base nos indicadores estabelecidos, valorizando os ganhos obtidos com a modificação do status dos diagnósticos; bem como poder perante os resultados obtidos fazer as alterações adequadas e necessárias tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Também o juízo clínico e a tomada de decisão por parte dos enfermeiros, mais concretamente os EESMP são essenciais para os cuidados individualizados àquela pessoa e não podem ser substituídos por nenhum instrumento. Contudo, é necessário investir e implementar intervenções baseadas na evidência para prevenir, tratar as doenças mentais e promover a saúde mental (OE, 2021a).

A gestão de casos, segundo Towsend (2011), consiste num modelo de prestação de cuidados eficaz para ajudar as pessoas com doença mental, melhorando o seu funcionamento na assistência à pessoa na resolução de problemas, no trabalho e respetiva capacidade de socialização, promovendo as atividades sociais e a independência. Na atualidade, segundo Mullahy e Jensen, citado por OE (2021a) a gestão de caso é definida como um processo que articula a participação de técnicas da equipa multidisciplinar de forma individual e/ou conjunta para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de cuidados direcionados às necessidades da pessoa, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde. Assim, a sua utilização na coordenação dos cuidados, assegura a continuidade dos mesmos, integrando as necessidades das pessoas e otimizando os resultados obtidos. Diversos são os autores que defendem que os enfermeiros EESMP são de entre os profissionais de saúde, aqueles que dispõem de melhor formação para o desempenho do papel de gestor de caso, uma vez que detêm um largo espetro de conhecimentos nomeadamente clínicos, apresentando um olhar holístico do cuidar, defendendo os direitos das pessoas, bem como serem detentores de conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde (*Idem*, 2021). Esta gestão de caso foi muito notória no contexto de diferenciados, onde este papel era assumido pelo enfermeiro de referência. Penso que este método é uma mais-valia para o estabelecimento da relação terapêutica e para a melhoria dos cuidados, uma vez que este procura a excelência

do exercício profissional, estabelecendo uma parceria com a pessoa alvo de cuidados no desenvolvimento de processos eficazes de adaptação às diferentes situações de vida, bem como à condição de saúde mental de cada um (Regulamento n.º 356/2015 da OE).

Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
"Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. *Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.* *Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais"* (OE, 2018, p.21430).

A competência específica do EESMP, conforme o regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), implica a prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do ciclo de vida da pessoa, levando em consideração as dinâmicas e contextos individuais, familiares, de grupo ou comunitários. O objetivo principal dessas intervenções é promover, melhorar e, quando necessário, recuperar a saúde mental da pessoa.

Com base nessa competência, posso afirmar que as diversas intervenções realizadas ao longo dos estágios, em diferentes contextos, foram essenciais para alcançar os objetivos propostos. Cada uma dessas intervenções e projetos foi centrada nas pessoas, levando em consideração as suas necessidades específicas e estruturando as abordagens de maneira personalizada. Quando o foco está no tratamento de pessoas com doença mental, as intervenções do EESMP têm como propósito ajustar as respostas da pessoa e da sua família aos desafios impostos pela doença mental, visando prevenir o agravamento da condição e a desintegração social. Esse processo também procura promover a recuperação da pessoa, melhorando sua qualidade de vida e a de seus familiares (Regulamento n.º 356/2015, OE).

Atualmente, a estratégia mais eficaz para o tratamento de pessoas com doença mental grave enfatiza os processos de empoderamento (*empowerment*) e recuperação (*recovery*), conforme indicado no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021a). O

empoderamento e a recuperação têm um impacto positivo claro na qualidade de vida da pessoa, da sua família e da comunidade envolvida, ao ajudá-la a desenvolver as suas capacidades, a alcançar um funcionamento saudável e satisfatório, e a contribuir para a sociedade em que vive. O *recovery*, como conceito, refere-se ao processo de recuperação e é possível somente quando a pessoa se vê empoderada, adquirindo a confiança necessária para alcançar maior autonomia e independência (*Idem*, 2021a).

De acordo com o mesmo regulamento da OE (2021a), o *empowerment* busca capacitar a pessoa com estratégias que facilitem a expressão de suas necessidades, o que, por sua vez, ajuda na tomada de decisões e no atendimento eficaz das mesmas. Gaffey, Evans e Walsh, citados por Vieira (2019), descrevem o *recovery* como um processo de desenvolvimento pessoal no qual a pessoa aprende a gerenciar sua doença mental, lidando com as limitações que ela pode impor, e se reintegrando na sociedade de forma autônoma e satisfatória.

Além disso, o Regulamento n.º 356/2015 da OE, ao abordar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental, e citando a OMS (2002), destaca a relevância da reabilitação psicossocial como um processo fundamental para pessoas com doenças mentais, particularmente aquelas com perda da funcionalidade devido à condição mental. A reabilitação psicossocial visa oferecer a essas pessoas a chance de atingir o seu potencial máximo de funcionamento e autonomia dentro da comunidade, promovendo a independência e criando uma rede de apoio social duradoura, ao mesmo tempo em que busca reduzir o estigma ainda presente em relação às doenças mentais.

A literacia em saúde mental também desempenha um papel crucial na prevenção e identificação precoce de distúrbios mentais, além de ser uma ferramenta eficaz para reduzir o estigma e encorajar as pessoas na procura de ajuda. Jorm (2014), citado por Fragoso (2022), define a literacia em saúde mental como um conceito multidimensional que envolve o conhecimento sobre a prevenção de doenças mentais, a identificação de sinais precoces, as opções de tratamento disponíveis, estratégias de autoajuda, e a capacitação para oferecer suporte a outras pessoas em momentos de crise.

Dentro dessa perspetiva, a psicoeducação emerge como uma ferramenta fundamental para capacitar a pessoa, uma vez que promove uma melhor compreensão do problema de saúde e permite que a mesma participe ativamente no seu processo de empoderamento. Essa abordagem oferece estratégias tanto para prevenir quanto para lidar com a condição mental (OE, 2021a). O regulamento das competências do EESMP descreve a psicoeducação como uma intervenção que combina abordagens sistêmicas, didáticas e psicoterapêuticas, adaptadas às necessidades da pessoa, com o objetivo de facilitar a compreensão e a gestão da própria doença (Regulamento n.º 515/2018 da OE).

Importante salientar que a intervenção psicoeducativa não é exclusivamente educativa, mas visa, sobretudo, capacitar a pessoa a entender sua condição mental, aprender estratégias para lidar com ela e integrá-la de maneira funcional em seu contexto social. A psicoeducação, portanto, faz parte de um plano global de tratamento, complementando outras intervenções terapêuticas e facilitando a adaptação da pessoa ao seu processo de recuperação (Regulamento n.º 356/2015, OE).

Por fim, as intervenções psicoterapêuticas envolvem a aplicação de técnicas de psicoterapia de forma informada e intencional, permitindo ao EESMP apoiar a pessoa na modificação de comportamentos, emoções, cognições e outros aspetos pessoais. Essas intervenções devem ser planeadas para serem aplicáveis nos diversos contextos de cuidados, de forma a atender aos diferentes diagnósticos e às necessidades daquela pessoa (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020).

Ao longo do meu percurso como mestranda enumeras foram as atividades desenvolvidas, indo ao encontro da competência referida.

Para além das intervenções psicoeducativas já referidas no Programa “CUIDAR(me)” dinamizado em contexto de comunidade exposto anteriormente também desenvolvi, em contexto hospitalar, da sessão psicoeducativa denominada “Ansiedade e estratégias para o controlo da ansiedade” que visou promover o autocontrolo da ansiedade pelo aumento da literacia em saúde sobre ansiedade, pela compreensão dos sinais e sintomas da ansiedade e pela identificação de estratégias para o controlo da ansiedade. Para esta sessão foram selecionados os utentes da UPD com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade presente, pela aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton, e que não apresentassem défice cognitivo. Foram excluídos da sessão utentes com agitação psicomotora, com alteração do comportamento e do pensamento, com défice cognitivo acentuado e utentes que não apresentem diagnóstico de ansiedade aquando aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton. Posteriormente à sessão, houve a realização de uma atividade terapêutica denominada “Vamos construir um Origami”, que visava a redução dos níveis de ansiedade, uma vez que esta prática tem contributos na redução da ansiedade, pelo aumento da concentração dirigida. Com a realização da sessão podemos observar, tendo por base os indicadores NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) propostos que houve uma diminuição da ansiedade verbalizada pelos utentes e que os mesmo se encontravam menos inquietos/agitados. Pelo questionário de satisfação aplicado após a sessão os utentes também identificaram a sessão como muito positiva.

Ainda neste campo de estágio também tive a oportunidade de concretizar sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (integrado no Projeto “Relaxa a Mente” já

existente). Como critérios de inclusão para a participação no projeto esteve: utentes internados na UPD que tenham sido identificados com o diagnóstico de ansiedade por aplicação da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton; utentes com diagnóstico de enfermagem de ansiedade no processo de enfermagem; utentes com diagnóstico de enfermagem de insónia no processo de enfermagem; utentes com diagnóstico de enfermagem de tristeza no processo de enfermagem; e utentes com capacidade cognitiva para compreender o projeto e os objetivos do mesmo. Foram excluídos das sessões: utentes com sintomatologia psicótica ativa; utentes com agitação psicomotora, desorientação ou confusão; utentes que não manifestem vontade em participar; utentes com acuidade auditiva reduzida; utentes com défice cognitivo acentuado. Para a realização destas sessões tínhamos como limite o máximo de 5 utentes, devido ao tamanho da sala e ao material disponível para a executar a técnica de relaxamento (colchões). Tendo por base o método de avaliação definido para a avaliação das sessões de relaxamento e dos seus resultados, pode constatar em conjunto com o meu colega de estágio que a maioria dos utentes apresentou diminuição dos valores de tensão arterial e de frequência cardíaca, bem como diminuição da pontuação da Escala de Ansiedade de Hamilton, aquando aplicação desta, passado um mês. Para além disso, tendo em conta os indicadores propostos também podemos observar uma diminuição dos níveis de agitação após a sessão e um aumento da concentração. Pela elaboração de um questionário de satisfação que avaliava a satisfação relativamente à sessão podemos concluir que todos os utentes se sentiram mais relaxados após a mesma, identificando como sintomas mais presentes após a sessão a sensação de bem-estar e leveza no corpo. Pelas apreciações globais, foi possível observar o quanto realmente os utentes se sentiam bem com a realização desta intervenção psicoterapêutica. Para além disso, os mesmos identificaram como necessidade o aumento do número de sessões por semana.

Em contexto de diferenciados, na unidade de Psiquiatria Forense, também foi abordada a temática da ansiedade, uma vez que esta mais uma vez se assumia como um dos focos mais prevalentes, com a realização da sessão psicoeducativa “Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade”. Esta sessão pretendeu promover o autocontrolo da ansiedade pelo aumento da literacia em saúde sobre ansiedade, pela compreensão dos sinais e sintomas da ansiedade e pela identificação de estratégias para o controlo da ansiedade. No final da sessão foi realizada a dinâmica “Ansiedade… és tu?”, que promovia a discussão através de um jogo e que visava aferir o conhecimento adquirido e aumentar a interação social, outro dos focos mais prevalentes. Após a sessão foi disponibilizado um folheto informativo que espelhava algumas dessas estratégias. Ainda no contexto do foco ansiedade também foram realizadas sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, todas as quintas-feiras ao final

do dia, sendo este um momento muito apreciado pelos participantes que participavam de forma voluntária.

Outra sessão psicoeducativa realizada foi sobre a adesão ao regime terapêutico (sua importância) e sobre a prevenção da recaída, numa perspetiva de promover a recuperação e prevenir a recaída após alta. Procurou aumentar a literacia sobre adesão ao regime terapêutico; reconhecer a importância da adesão ao regime terapêutico para a manutenção do estado de saúde; reconhecer que uma não adesão ao regime terapêutico pode conduzir à recaída e consequentemente ao reinternamento; reconhecer sinais de alerta de recaída; promover a adoção de estratégias que previnam a recaída; e promover a adesão ao regime terapêutico. Após a sessão foi disponibilizado um folheto sobre os sinais de alerta de recaída, em formato check-list, para que após alta se reconhecido algum daqueles sinais este possa ser assinalado e comunicado ao médico, a fim de prevenir uma recaída e um reinternamento. Sendo a taxa de reinternamento elevada nestas pessoas, considero que se torna fulcral o investimento na promoção da adesão ao regime terapêutico e no fornecimento de estratégias para prevenir a recaída, salientando que a recuperação também depende deles.

Sendo um dos maiores focos na unidade de Psiquiatria Forense a capacitação da pessoa lá internada para a reintegração na sociedade e para a aquisição de uma maior autonomia e indo ao encontro desta competência específica também foram desenvolvidas neste contexto algumas sessões que visavam atingir este objetivo. Uma das sessões foi a “Preço Certo” que pretendia capacitar a pessoa na gestão autónoma dos recursos económicos disponíveis e em aquisição de bens (fazer compras). Nesta sessão foram incluídas as pessoas que de acordo com as linhas orientadoras do Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para a Saúde Mental, estes doentes apresentavam uma dificuldade completa em adquirir bens e serviços (d620 – Adquirir bens e serviços) e uma dificuldade completa em gerir os recursos económicos (d879 – Vida económica). Com esta sessão procurei consciencializar os participantes para a importância da gestão do dinheiro, capacitá-los a distinguir os bens supérfluos dos bens essenciais e capacitá-los a gerir o seu dinheiro de forma correta, tendo por vista a reintegração na sociedade. Numa primeira parte da sessão foi realizado um jogo denominado “Preço Certo” que procurava aferir quais os preços dos bens alimentares, com o intuito de lhes transmitir uma ideia do mercado alimentar existente. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica, em que numa zona da sala foram dispostos diversos bens-alimentares com os preços associados (estando nestes bens essenciais e supérfluos, bem como produtos semelhantes, mas com preços diferentes consoante a marca). Foi pedido que cada um dos doentes que com o tempo máximo de 10 minutos e com 10€ (misturando notas e moedas diferentes) escolhesse uma refeição a realizar e fosse às

compras do que seria necessário para tal. Após isso foi feita uma reflexão sobre as escolhas de cada um. Esta sessão foi replicada mais vezes com a introdução de diferentes bens.

Outra sessão desenvolvida foi a “Viver com o Outro”, destinada a utentes que apresentavam o diagnóstico de interação social comprometida, com dificuldades na prática de comportamentos assertivos, pela Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) – versão portuguesa reduzida e que apresentavam score compatível com comportamentos impulsivos segundo a Escala de Impulsividade de Barratt (Bis-11). Esta sessão procurou aumentar conhecimento sobre Treino de Competências Sociais e seus benefícios; aumentar conhecimento sobre Impulsividade e sobre estratégias que visam o autocontrolo de impulsividade; promover o autocontrolo da impulsividade pela aquisição de estratégias adaptativas; promover uma comunicação assertiva; e promover a interação social. Inicialmente foi realizada uma apresentação (em formato *powerpoint*) sobre Treino de Competências Sociais e seus benefícios, Impulsividade e Estratégias para Autocontrolo da Impulsividade e tipos de comportamentos (comportamento agressivo, passivo e assertivo). Após isto, foi apresentada a curta-metragem “Lidar com as emoções” e realizada uma reflexão com os intervenientes sobre os comportamentos a alterar. Posteriormente aos após a sessão foi aplicado um questionário de conhecimentos.

Para além do exposto saliento de forma mais individualizada as intervenções inerentes ao caso clínico já mencionadas anteriormente, que também contribuíram para o alcance desta competência.

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA: INFLUÊNCIA DOS PADRÕES CULTURAIS NA RECUPERAÇÃO DA PESSOA ADULTA COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL

RESUMO

Influência dos Padrões Culturais na Recuperação da Pessoa Adulta com Perturbação do Uso de Álcool

Enquadramento: As perturbações do uso de álcool (PUA) constituem, pela sua prevalência e transversalidade, um problema de saúde pública grave, com implicações significativas para a saúde física, mental e social das pessoas afetadas. Embora existam abordagens terapêuticas bem estabelecidas para a recuperação da PUA, a eficácia dos tratamentos pode variar amplamente dependendo de fatores individuais e contextuais, entre os quais os padrões culturais desempenham um papel crucial. As normas, valores e crenças culturais influenciam não apenas os padrões de consumo de álcool, mas também a forma como a dependência é percebida e tratada em diferentes sociedades. A recuperação da PUA é um processo complexo que envolve não só o tratamento médico, mas também a adaptação da pessoa ao seu contexto social e cultural. Desta forma, torna-se imperativo aferir qual a influência da cultura na recuperação da pessoa com perturbação do uso de álcool com idade superior a 18 anos e sem outra adição ou patologia psiquiátrica associada.

Objetivos: Mapear a melhor evidência científica sobre qual a influência da cultura na recuperação da pessoa com perturbação do uso de álcool, com idade superior a 18 anos e sem outra adição ou patologia psiquiátrica associada.

Metodologia: Foi realizada uma scoping review, com base nas recomendações do Joanna Briggs Institute. O acesso aos estudos será pela pesquisa na plataforma de pesquisa EBSCOHost e nas bases de dados CINHAL e Medline, procurando-se estudos quantitativos e qualitativos em língua inglesa, espanhola e portuguesa e no período temporal de cinco anos.

Resultados: Após análise de um total de 7 estudos selecionados foi possível identificar padrões culturais que desempenham um papel central e multifacetado na recuperação de adultos com PUA, sem outra adição ou patologia psiquiátrica associada.

Palavras-chave: Adulto, Alcoolismo, Cultura, Recuperação, Recuperação da Saúde Mental

ABSTRACT

The Influence of Cultural Patterns on the Recovery of Adults with Alcohol Use Disorders

Background: Alcohol use disorders (AUP) constitute, due to their prevalence and transversality, a serious public health problem, with significant implications for the physical, mental and social health of those affected. Although there are well-established therapeutic approaches to recovery from AUP, the effectiveness of treatments can vary widely depending on individual and contextual factors, among which cultural patterns play a crucial role. Cultural norms, values and beliefs influence not only drinking patterns, but also the way addiction is perceived and treated in different societies. Recovery from AUP is a complex process that involves not only medical treatment, but also the individual's adaptation to their social and cultural context. It is therefore imperative to assess the influence of culture on the recovery of people with an alcohol use disorder who are over 18 and have no other addiction or associated psychiatric pathology.

Objectives: To map the best scientific evidence on the influence of culture on the recovery of people with alcohol use disorders aged over 18 and without any other addiction or associated psychiatric pathology.

Methodology: A scoping review based on the recommendations of the Joanna Briggs Institute. The studies will be accessed by searching the EBSCOHost search platform and the CINHAL and Medline databases, looking for quantitative and qualitative studies in English, Spanish and Portuguese and within a five-year period.

Results: After analysing a total of 7 selected studies, it was possible to identify cultural patterns that play a central and multifaceted role in the recovery of adults with AUP, without other addiction or associated psychiatric pathology.

Keywords: Adult, Alcoholism, Culture, Recovery, Mental Health Recovery

A investigação é uma competência comum do Enfermeiro Especialista, valorizada pela OE, na medida em que permite a melhoria da prática de enfermagem e impulsiona o desenvolvimento da disciplina. Uma forma de contribuir na translação do conhecimento científico para a prática clínica é por via de estudos de revisão, no qual se enquadra a *scoping review* em apresentação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A perturbação do uso de álcool (PUA), vulgarmente conhecida como alcoolismo, é uma condição clínica complexa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, caracterizando-se por um padrão problemático de consumo que resulta em prejuízos significativos para a saúde física, mental e social (American Psychiatric Association [APA], 2024). De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição* (DSM-5) (APA, 2013), a PUA é diagnosticada quando uma pessoa apresenta pelo menos dois dos seguintes critérios, nos últimos 12 meses:

1. Consumo em quantidade maior ou por mais tempo do que o planeado: a pessoa consome mais álcool do que pretendia ou por um período mais longo;
2. Desejo persistente ou tentativas malsucedidas de reduzir ou controlar o uso de álcool;
3. Grande quantidade de tempo dedicada ao uso de álcool: a pessoa passa muito tempo a consumir álcool, a obtê-lo ou recuperar-se dos seus efeitos;
4. *Craving* ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool;
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos;
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool;
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;
9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool;
10. Problemas legais relacionados ao uso de álcool: a pessoa tem problemas legais devido ao uso de álcool, como ser preso por comportamento agressivo ou por estar sob a influência em público;

11. Tolerância: a pessoa precisa de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar os efeitos desejados, ou experimenta uma redução do efeito do álcool com a mesma quantidade;
12. Sintomas de abstinência: quando a pessoa reduz ou interrompe o consumo de álcool, ela apresenta sintomas de abstinência, como tremores, suores, ansiedade ou outros sintomas físicos e psicológicos.

Estatísticas recentes indicam que cerca de 2,6 milhões de mortes foram causadas pelo consumo de álcool em 2019, sendo que os níveis mais elevados de mortes relacionadas com o álcool por 100 000 pessoas são observados nas regiões europeias e africanas da OMS, com 52,9 mortes e 52,2 mortes por 100 000 pessoas, respetivamente. Para além disso, cerca de 209 milhões de pessoas (3,7% da população mundial adulta) sofriam de dependência do álcool (WHO, 2024a). De acordo com a mesma fonte, existem fatores sociais que afetam os níveis e padrões de consumo de álcool e os problemas com ele relacionados, dos quais as normas culturais e sociais, a disponibilidade de álcool, o nível de desenvolvimento económico e a implementação e aplicação das políticas relativas ao álcool. Por exemplo, em muitas das sociedades atuais, as bebidas alcoólicas são uma parte rotineira da paisagem social para muitos elementos da população. Isto é particularmente verdade para aqueles que se encontram em ambientes sociais com grande visibilidade e influência social, a nível nacional e internacional, onde o álcool acompanha frequentemente o convívio social. Neste contexto, é fácil ignorar ou menosprezar os danos sociais e de saúde causados ou para os quais o consumo de álcool contribui (WHO, 2024b). Também a DSM-V (2013), salienta que existem diferenças culturais relativas ao uso de álcool. Segundo esta, por exemplo, repúblicas de estudantes universitários podem encorajar intoxicação por álcool, bem como determinadas datas de importância cultural (p. ex., Ano Novo) e, no caso de alguns subgrupos, durante eventos específicos (p. ex., velórios após funerais). Outros subgrupos estimulam o consumo da substância em comemorações religiosas (p. ex., feriados judeus e católicos), enquanto outros desencorajam fortemente todo o tipo e intoxicação e consumo de bebidas alcoólicas (p. ex., alguns grupos religiosos, como mórmons, cristãos fundamentalistas e muçulmanos).

De forma a colmatar os danos causados pelo álcool foi estabelecido o Plano de Ação Mundial para o Álcool 2022-2030, aprovado pelos Estados-Membros da OMS, que visa reduzir o consumo nocivo de álcool através de estratégias eficazes e baseadas em dados concretos a nível nacional, regional e mundial (WHO, 2024a).

De acordo com o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) (s.d.a.) a recuperação consiste num processo através do qual a pessoa procura tanto a remissão da PUA quanto a cessação do consumo excessivo de álcool. A pessoa pode ser considerada

"recuperada" se estas forem alcançadas e mantidas ao longo do tempo. Para aqueles que experimentam comprometimento funcional relacionado ao álcool e outras consequências adversas (sendo que este varia de pessoa para pessoa e pode afetar relações íntimas, familiares e sociais; situação financeira; funcionamento vocacional; assuntos jurídicos; e regime de residência/habitação), a recuperação é frequentemente marcada pela satisfação de necessidades básicas, melhorias no apoio social e espiritualidade e melhorias na saúde física e mental, qualidade de vida e outras dimensões do bem-estar (autocuidado, crescimento pessoal, experiências subjetivas como por exemplo a felicidade, envolvimento na comunidade e preocupação com os outros). A melhoria contínua nestes domínios pode, por sua vez, promover uma recuperação sustentada.

De acordo com a NIAAA (s.d.a.) e tendo em conta os critérios DSM-5 para o diagnóstico de PUA, a remissão requer que o indivíduo não atenda a nenhum critério da PUA (excluindo o desejo). Esta é categorizada com base na sua duração: inicial (até 3 meses), precoce (3 meses a 1 ano), sustentada (1 a 5 anos) e estável (superior a 5 anos):

1. Consumiu mais álcool ou passou mais tempo a beber do que o pretendido;
2. Quer limitar ou interromper o consumo de álcool, mas não conseguiu;
3. Passa um tempo excessivo a beber, a ficar doente e a sofrer as consequências do uso de álcool;
4. Forte desejo por álcool;
5. Consumir álcool ou ficar doente por causa dele impediu a pessoa de cuidar adequadamente das tarefas domésticas e dos filhos, ou resultou em dificuldades no desempenho no trabalho ou na escola;
6. Continuou a beber apesar de causar problemas com a família e com os entes queridos;
7. Pare ou envolva-se apenas esporadicamente com coisas que antes eram prazerosas ou importantes para beber;
8. Esteve repetidamente em situações durante o consumo de álcool que aumentaram a hipótese de se magoar (utilizar máquinas, conduzir);
9. Mesmo que uma pessoa se sinta triste ou angustiada, ou que isso afete um problema de saúde já existente, continua a beber. Ou, após episódios de esquecimento ou de ficar em branco sobre os acontecimentos durante a bebedeira, o indivíduo continua a consumir álcool;
10. Tem de aumentar a bebida para obter os resultados que pretende. (A quantidade habitual de álcool proporciona poucos resultados.) Quando o álcool passa, provocando sintomas como insónia, dificuldade em dormir, agravamento, nervosismo, tristeza, dor de estômago e náuseas e/ou transpiração. Ou a pessoa sentiu que havia ali artigos, mas na verdade não estão.

A cessação do consumo excessivo de álcool é definida como não beber mais de 14 bebidas padrão por semana ou 4 bebidas num único dia para os homens e não mais de 7 bebidas por semana ou 3 bebidas num único dia para as mulheres. A cessação do consumo excessivo de álcool pode ser categorizada com base na duração: inicial (até 3 meses), precoce (3 meses a 1 ano), sustentada (1 a 5 anos) e estável (superior a 5 anos) (*Idem*, s.d.).

Visto que a cultura exerce influência no consumo de álcool, esta também acaba por ser importante na recuperação da PUA uma vez que esta influencia a forma como as pessoas a percebem e a enfrentam. Normas sociais, crenças e práticas culturais moldam as atitudes em relação ao consumo de álcool e às estratégias de recuperação. Em determinadas culturas, o álcool é um elemento central em rituais sociais e celebrações, facilitando sua aceitação e normalização. Em contrapartida, em outras culturas, o consumo de álcool é visto como um comportamento a ser evitado, associado a estigmas e desaprovação social. Essa dicotomia não apenas influencia o comportamento de consumo, mas também afeta a disposição das pessoas em procurar ajuda e apoio, uma vez que o medo do julgamento pode inibir a busca por tratamento e recuperação.

Essa relação entre cultura e PUA é fundamental para compreender as diferentes trajetórias de recuperação e a eficácia das intervenções disponíveis.

Trazendo a temática para o contexto prático, durante a realização dos estágios foi possível percecionar que a cultura pode ter impacto na recuperação da pessoa com PUA, uma vez que os consumos muitas vezes se encontram associados a uma influência exercida pelos pares, a meios mais desfavorecidos e ao estigma existente. Percebendo a prevalência desta condição torna-se fulcral percecionar qual a cultura em que aquela pessoa se insere, de forma que o EESMP possa ter uma visão mais holística e assim consiga adaptar as suas intervenções a essa cultura. Acredito que intervenções sensíveis à cultura possam proporcionar uma recuperação mais rápida, prevenindo uma possível a recaída e o reinternamento. Segundo a legislação em vigor, nomeadamente o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, referente às Competências Específicas do EESMP, é também necessário que o EESMP desenvolva uma prática baseada na evidência, integrando de modo contínuo as novas descobertas da investigação na sua prática, participando em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. Assim, e considerando o exposto anteriormente, este estudo tem como objetivo geral mapear a influencia dos padrões culturais na recuperação da pessoa com perturbação do uso do álcool, através de *uma scoping review*.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado a metodologia utilizada, destacando o objetivo e a questão de investigação que norteam o presente estudo, os critérios de inclusão e exclusão, a estratégia de pesquisa e o processo de extração e síntese de dados.

A *scoping review* é um tipo de síntese de conhecimento, que segue uma abordagem sistemática para mapear evidências sobre um determinado tópico e identificar os principais conceitos, tópicos, fontes e lacunas de conhecimento (Tricco et al., 2018). As fontes de informação podem incluir qualquer literatura existente, desde estudos de investigação primária, revisões sistemáticas da literatura, meta-análises, relatórios, inclusive estudos não publicados, tais como dissertações de mestrado ou doutoramento, considerados enquanto literatura cinzenta. A qualidade metodológica dos estudos obtidos não é, geralmente, avaliada (JBI, 2024)

Após uma análise inicial nas bases de dados OSF e PROSPERO, identificou-se uma notável escassez de revisões sistemáticas focadas neste tema, evidenciando uma carência de conhecimento sobre em que medida os padrões culturais podem influenciar a recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool.

Desta forma, esta scoping review segue as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e os resultados são apresentados de acordo com o PRISMA – ScR (*Preferred Reporting Items for Sistematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (JBI, 2024; Peters et al., 2024).

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI, serão definidos os critérios de elegibilidade com base na população, conceito e contexto (PCC) (Peters et al., 2024).

As bases de dados a serem pesquisadas incluem a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), via *Elton B. Stephens Company* (EBSCO).

2.1. Objetivo e questão de revisão

A questão de revisão orienta e direciona o desenvolvimento dos critérios de inclusão específicos para a scoping review (JBI, 2024). Neste sentido, a questão de investigação foi elaborada segundo a mnemónica/estratégia PCC (População, Conceito, Contexto), já salientada anteriormente e apresentada na tabela seguinte:

Tabela 1 – Estratégia PCC para a definição da questão de investigação

População (P)	Conceito (C)	Contexto (C)
Pessoas adultas com o diagnóstico de PUA (idade igual ou superior a 18 anos)	Influência dos padrões culturais no consumo de álcool no processo de recuperação da PUA	Qualquer ambiente em que ocorra a recuperação

Perante o exposto anteriormente, o objetivo principal do presente estudo consiste em mapear a melhor evidência científica sobre qual a influencia dos padrões culturais no processo de recuperação da pessoa adulta com o diagnóstico de perturbação do uso de álcool, com idade igual ou superior a 18 anos. Ao reconhecer e abordar esta interação dinâmica entre a cultura e a recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool, podemos promover intervenções mais sensíveis e eficazes, promovendo a recuperação destes indivíduos.

Neste sentido, formulou-se a questão de revisão: "*Qual a influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool?*".

2.2. Critérios de seleção dos estudos

A questão de revisão orienta e direciona o desenvolvimento dos critérios de inclusão específicos para a *scoping review* (JBI, 2024). Desta forma, tendo por base a questão de revisão enumerada, como critérios de inclusão salienta-se pessoas com idade superior ou igual a 18 anos (uma vez que a OMS reconhece os 18 anos como a idade que marca a transição para a fase adulta e onde os direitos legais de tomada de decisão começam), que apresentem o diagnóstico de PUA. Para além disso, a pesquisa abrangeu o período temporal de 5 anos, tendo sido incluídos artigos com texto integral, nos idiomas português, inglês e espanhol. Desta pesquisa foram excluídos estudos com pessoas que não tivessem dependência de álcool, estudos com a inclusão de pessoas com idades superior ou igual a 18 anos e estudos com referências a outras dependências de substâncias ou outras patologias psiquiátricas concomitantemente. Para uma melhor compreensão dos critérios de inclusão e os critérios de exclusão, foi elaborada a seguinte tabela:

Tabela 2 – Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
- Pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos);	- Pessoas com idade inferior a 18 anos; - Pessoas sem o diagnóstico de PUA;

- Diagnóstico de PUA; - Estudos com o período temporal: 5 anos; - Artigos com texto integral; - Idiomas: português, inglês e espanhol; - Estudos qualitativos e quantitativos.	- Pessoas com dependências de outras substâncias ou com outras patologias concomitantemente; - Metanálises e revisões sistemáticas da literatura.

2.3. Estratégia de Pesquisa

Seguindo as recomendações da JBI (2024), a pesquisa foi realizada em três etapas. Numa fase inicial, respeitando a estratégia PCC anteriormente definida, foi realizada uma pesquisa livre nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete (via EBSCO), por forma a encontrar os termos a incluir na expressão de pesquisa, através da identificação das palavras-chave utilizadas com maior frequência, bem como dos termos de indexação utilizados na literatura (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/Medical Subject Headings - MESH). A pesquisa foi realizada recorrendo aos operadores boleanos “AND” e “OR” e utilizou-se o truncador * para incluir todas as variações da palavra *culture*. Com base nesta pesquisa foi elaborado o mapa de conceitos apresentado de seguida**.**

Tabela 3 - Mapa de Conceitos

	Termos de linguagem natural	**Termos MESH**	**CINAHL Subject Headings**
P	*Adult; adults; adult patients*	*Adult; Alcoholics*	*Adult; Persons with alcoholism*
C	*Alcoholism; alcohol dependence; alcoholic; alcohol addiction; alcohol use disorder*	*Alcoholism*	*Alcoholism*
	Cultur; Cultural patterns; Religion; Cultural beliefs; Tradition; Cultural values; Cultural norms; Cultural behaviors*	*Culture; Cultural Diversity*	*Culture; Cultural Diversity; Cultural Values*
	Recovery; Healing; Rehabilitation; Treatment; Remission; Cessation; Abstinence	*Mental health recovery*	*Recovery; Alcohol abstinence*
C	Qualquer contexto		

2.4. Expressão de pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de março de 2024, com um período temporal de 5 anos, nas Bases de Dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete via EBSCO.

Para realização da pesquisa avançada, definiu-se a seguinte expressão de pesquisa:

Tabela 4 – Expressão de Pesquisa

Base de Dados	Expressão de Pesquisa	Nº Artigos
CINAHL Complete	(TI (adult OR adults OR adult patients) OR AB (adult OR adults OR adult patients) OR SU (adult OR adults OR adult patients) OR "MH" MH "Adult+" OR "MM" MH "Persons with Alcoholism") AND (TI (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR AB (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR SU (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR "MM" MM "Alcoholism") AND (TI (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR AB (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR SU (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR "MM" MM "Culture+" OR "MH" MH "Cultural Diversity+" OR "MH" MH "Cultural Values+") AND (TI (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR AB (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR SU (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR "MH" MH "Recovery+" OR "MH" MH "Alcohol Abstinence")	31
MEDLINE Complete	(TI (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR AB (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR SU (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence) OR "MH" MH "Mental Health Recovery") AND (TI (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR	44

	tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR AB (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR SU (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors) OR "MH" MH "Culture+" OR "MH" MH "Cultural Diversity+") AND (TI (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR AB (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR SU (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder) OR "MH" MH "Alcoholism") AND (TI (adult OR adults OR adult patients) OR AB (adult OR adults OR adult patients) OR SU (adult OR adults OR adult patients) OR "MH" MH "Adult+" OR "MH" MH "Alcoholics")	

De modo a pesquisar estudos não publicados, foi realizada pesquisa no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e *OpenGrey*. Na terceira e última etapa, de acordo com as recomendações do JBI (2024), foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados para leitura integral, com o objetivo de identificar potenciais estudos a incluir na *scoping review*.

2.5. Extração e síntese de dados

A pesquisa decorreu entre o período de março de 2025, nas bases de dados anteriormente referidas. Na tabela seguinte é exposto o processo de extração em cada base de dados.

Tabela 5 – Extração de Pesquisa

ID	Estratégia de Pesquisa	Nº Artigos
CINAHL Complete (via EBSCOhost)		
S1	(TI (adult OR adults OR adult patients)) OR (AB (adult OR adults OR adult patients)) OR (SU (adult OR adults OR adult patients)) OR (MH MH "Adult+") OR (MM MH "Persons with Alcoholism")	1,669,949
S2	(TI (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (AB (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (SU (alcoholism OR alcohol	50,245

	dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (MM MM "Alcoholism")	
S3	(TI (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (AB (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (SU (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (MM MM "Culture+") OR (MH MH "Cultural Diversity+") OR (MH MH "Cultural Values+")	303,459
S4	(TI (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (AB (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (SU (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (MH MH "Recovery+") OR (MH MH "Alcohol Abstinence")	1,693,425
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	271
S6	**Limitadores:** Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	31
MEDLINE Complete (via EBSCOhost)		
S1	(TI (adult OR adults OR adult patients)) OR (AB (adult OR adults OR adult patients)) OR (SU (adult OR adults OR adult patients)) OR (MH MH "Adult+") OR (MH MH "Alcoholics")	6,833,442
S2	(TI (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (AB (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (SU (alcoholism OR alcohol dependence OR alcoholic OR alcohol addiction OR alcohol use disorder)) OR (MH MH "Alcoholism")	208,858
S3	(TI (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (AB (cultur* OR cultural patterns OR religion OR	2,104,335

	cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (SU (cultur* OR cultural patterns OR religion OR cultural beliefs OR tradition OR cultural values OR cultural norms OR cultural behaviors)) OR (MH MH "Culture+") OR (MH MH "Cultural Diversity+")	
S4	(TI (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (AB (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (SU (recovery OR rehabilitation OR healing OR treatment OR cessation OR remission OR abstinence)) OR (MH MH "Mental Health Recovery")	7,772,060
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	871
S6	**Limitadores:** Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	44

Da pesquisa realizada foram obtidos 1142 artigos, que reduziram para 75 após a aplicação dos critérios de elegilidade referentes ao idioma, texto integral e intervalo temporal (31 artigos na CINAHL Complete, 44 artigos na MEDLINE Complete.

Os resultados da pesquisa nas diferentes bases de dados foram exportados para a aplicação informática Rayyan onde foram removidos 10 artigos por se encontrarem duplicados. Após isso, na mesma aplicação foi realizado o processo de seleção dos 65 estudos.

Após a extração de artigos, foi realizada a triagem dos estudos através da análise do título e resumo, com o intuito de verificar a elegibilidade dos documentos. Neste processo foram excluídos 53 artigos, por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Cumprindo as recomendações do JBI (2024), o processo de extração e seleção de artigos foi realizado por dois investigadores independentes. Em caso de divergência, a resolução passou por consenso ou até por decisão de um outro revisor.

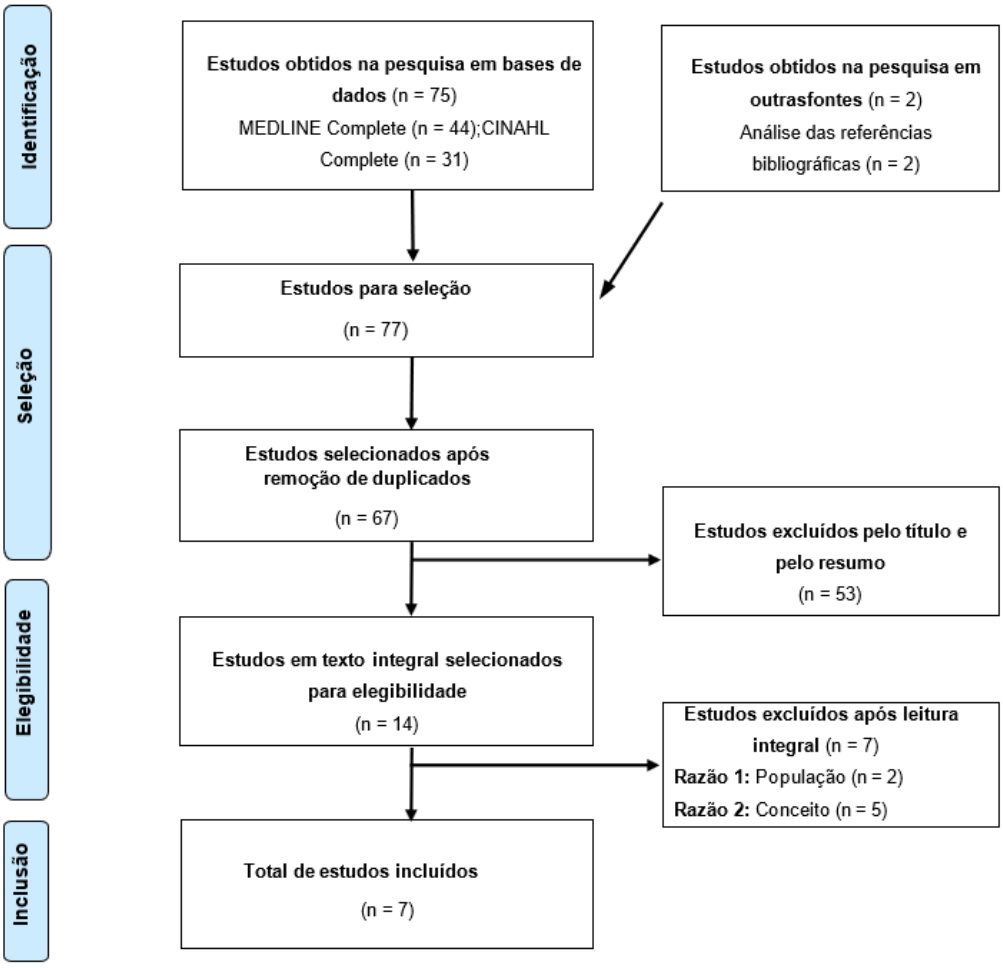
Neste processo identificaram-se 12 estudos que cumpriam os critérios de elegibilidade e davam resposta às questões de investigação e objetivos desta revisão. A exclusão dos estudos pela leitura integral teve por base a aplicação dos critérios de inclusão. Assim, foram excluídos 7 documentos, dos quais 2 não se enquadrava nos critérios de inclusão definidos para a população, 5 não abordam conceito (influência dos padrões culturais na recuperação da PUA). A fase seguinte correspondeu à verificação das suas listas de referências

bibliográficas, de modo a identificar outros artigos pertinentes, tendo sido encontrados mais 2 estudos que se enquadravam na temática.

Após todo o processo anteriormente descrito, a amostra final desta scoping review é composta por 7 estudos que traduzem a influência dos padrões culturais na recuperação da pessoa adulta com perturbação do uso de álcool.

A apresentação dos resultados obtidos com o processo de triagem foi elaborada de acordo com as recomendações do PRISMA Extension for Scoping Reviews (Tricco et al., 2018) e é exposto no fluxograma seguinte, adaptado do original de Moher et al. (2009), tal como recomendado pelo JBI (2024).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção da amostra



No capítulo seguinte serão apresentados os resultados obtidos do processo de extração.

3. RESULTADOS

Segundo o manual para a síntese de evidência do JBI (2024), a apresentação de resultados pode ser efetuada sob a forma de narrativa, esquema ou tabela. Desta forma, os resultados da amostra final incluídos nesta *scoping review* serão apresentados com recurso à utilização de uma tabela, elaborada de acordo com os objetivos do trabalho e a questão de revisão. Posteriormente, é feita uma leitura sumária dos resultados obtidos sob a forma de narrativa. Para uma melhor compreensão, os estudos serão apresentados com a letra "E" representativa da palavra "estudo", seguida do número a que corresponde.

Tabela 6 – Apresentação dos resultados

E1 | Título: "A pilot study of virtual Harm Reduction Talking Circles for American Indian and Alaska Native adults with alcohol use disorder"
Autores: Lonnie A. Nelson, Emma Shinagawa, Celina Mahinalani Garza, Annette Squetimkin-Anquoe, Itai Jeffries, Vaishali Rajeev, Emily M Taylor, Sampson Taylor, Danielle Eakins, Myra E Parker, Tatiana Ubay, Victor King, Xia Duffing-Romero, Sooyoun Park, Sage Saplan, Seema L Clifasefi, John Lowe, Susan E Collins
Ano: 2024
Citação: Nelson *et al.* (2024)
País: Estados Unidos da América
População: Adultos indígenas americanos/Alaska Nativos com PUA, recrutados em diferentes estados dos EUA, representando 41 afiliações tribais, com uma média de idade de 21 anos ou mais, e com critérios específicos de inclusão e exclusão, incluindo o uso de tecnologia para participação virtual
Objetivo(s): Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares de círculos de redução de dano virtuais (HaRTC) na conexão cultural, na qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) e no uso de álcool em comunidades indígenas
Tipo de estudo | Procedimento: Estudo piloto (RCT)
Resultados: A participação nos círculos virtuais de redução de dano (HaRTC) está associada ao aumento na conexão cultural, especialmente na dimensão de espiritualidade, e à melhora na qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) ao longo do tempo, com maior frequência de participação levando a maiores melhorias nessas áreas. Além disso, a

participação nos círculos também esteve relacionada à redução no uso de álcool, sugerindo que os padrões culturais, por meio de práticas como os Talking Circles, podem promover o fortalecimento da identidade cultural e o bem-estar, contribuindo para a recuperação de adultos com perturbação do uso de álcool.

E2 | Título: "Characterization of Service Use for Alcohol Problems Across Generations and Sex in Adults With Alcohol Use Disorder"

Autores: JL, Bourdon, R, Tillman, MW, Francis, DM, Dick, M, Stephenson, C, Kamarajan, HJ, Edenberg, J, Kramer, S, Kuperman, KK, Bucholz, VV, McCutcheon

Ano: 2020

Citação: Bourdon *et al.* (2020)

País: Estados Unidos da América

População: Adultos com PUA, que foram selecionados a partir do estudo multicêntrico Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) (com idades de 18 anos ou mais). Os participantes incluíam tanto homens quanto mulheres de diferentes gerações familiares afetadas pela PUA

Objetivo(s): Descrever os padrões de uso de serviços relacionados ao tratamento da PUA em adultos, considerando diferenças entre gerações e sexos. O estudo analisa como fatores culturais, normas sociais e estigma influenciam a procura por ajuda e o uso de tratamentos ao longo das gerações e entre homens e mulheres

Tipo de estudo: Estudo observacional

Resultados:

- Mulheres menos propensas a procurar tratamento formal para problemas com álcool em comparação aos homens. As mulheres frequentemente relataram barreiras sociais e culturais ao tratamento, como o estigma relacionado ao uso de álcool nas mulheres, que pode ser mais forte em algumas culturas. Por sua vez, os homens com PUA tinham uma maior probabilidade de recorrer a serviços de saúde relacionados ao álcool, possivelmente devido a normas culturais que permitem ou até incentivam o consumo de álcool entre homens;

- Filhos de pessoas com PUA tinham maiores taxas de perturbações relacionados ao álcool e, em alguns casos, apresentaram mais dificuldades em recorrer aos serviços de saúde.

Isso pode ser parcialmente explicado pela transmissão intergeracional de normas culturais e comportamentais relacionadas ao consumo de álcool dentro das famílias, onde o álcool pode ser visto como uma prática culturalmente aceitável ou normalizada;

- Pessoas mais velhas e de gerações anteriores estavam menos propensos a procurar tratamento para problemas com álcool, devido a normas culturais mais rígidas sobre o alcoolismo e o tratamento. Este padrão pode refletir uma menor aceitação da dependência de álcool como uma condição médica, especialmente em gerações mais antigas, em que a cultura do silêncio sobre dependência de substâncias era mais prevalente. Em algumas culturas, havia uma relutância em procurar ajuda profissional, devido ao estigma cultural associado à dependência do álcool, especialmente para homens mais velhos;

- O estudo destaca que as normas culturais variam entre as sociedades, com algumas aceitando mais o consumo de álcool, especialmente entre homens, enquanto outras impõem um maior tabu, especialmente para mulheres, o que pode afetar a disponibilidade e a disposição de procurar tratamento. Além disso, o estigma cultural em torno do alcoolismo, particularmente nas mulheres, pode resultar em um duplo estigma — pelo consumo de álcool e pela procura de ajuda — desencorajando a procura por tratamento. Por fim, o impacto intergeracional das normas culturais transmitidas nas famílias pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento de PUA nas gerações seguintes, devido à normalização do comportamento e à modelagem de atitudes em relação ao álcool.

E3 | Título: "Examining the Interaction Between Potentially Morally Injurious Events and Religiosity in Relation to Alcohol Misuse Among Military Veterans"

Autores: Emmanuel D Thomas, Nicole H Weiss, Shannon R Forkus, Ateka A Contractor

Ano: 2022

Citação: Thomas *et al.* (2022)

País: Estados Unidos da América

População: 496 veteranos militares adultos, com uma idade média de 37,80 anos, e com PUA

Objetivo(s): Investigar fatores culturais e espirituais que influenciam a recuperação da PUA destacando o papel da religiosidade e de eventos moralmente prejudiciais na etiologia e tratamento

Tipo de estudo: Estudo epidemiológico (transversal)

Resultados:

- Padrões culturais, especialmente a religiosidade, desempenham um papel importante na recuperação de adultos com PUA. Ao contrário de pesquisas anteriores, os resultados mostraram uma associação fraca, porém positiva, entre religiosidade e abuso de álcool, sugerindo que o consumo problemático de álcool pode estar mais relacionado a emoções negativas, como culpa e vergonha, do que propriamente à religiosidade;

- Verificou-se ainda que a relação entre PMIEs e abuso de álcool era mais forte em indivíduos com níveis mais elevados de religiosidade, especialmente no que se refere à orientação religiosa (OR) e à importância religiosa (IR). Uma possível explicação é que a dissonância entre os valores religiosos e o comportamento de abuso de álcool pode levar a crises espirituais ou existenciais, aumentando o sofrimento emocional e, consequentemente, o consumo de álcool como forma de lidar com esse *stress*. Além disso, indivíduos mais religiosos podem procurar mais práticas religiosas após PMIEs, o que pode, paradoxalmente, reforçar o sofrimento e o risco de abuso de álcool;

- A natureza organizacional da religiosidade (NOR) não apresentou impacto significativo nessa relação, possivelmente por estar mais associada a práticas ritualistas e menos à moralidade pessoal;

- Do ponto de vista clínico, os resultados indicam que veteranos com maior religiosidade podem precisar de intervenções específicas para lidar com sentimentos de culpa, vergonha e crises espirituais decorrentes das PMIEs.

E4 | Título: "Social and Cultural Contexts of Alcohol Use - A Case Study of a Female with Alcohol Dependence Syndrome of Tribal Ethnicity"

Autores: Adipriya Boruah, Arif Ali

Ano: 2023

Citação: Boruah & Ali (2023)

País: Índia

População: Mulher de 38 anos com Síndrome de Dependência do Álcool (CID-10), selecionada propositadamente no departamento de ambulatório do LGBRIMH, Tezpur, Assam, Índia.

Objetivo(s): Explorar os fatores socioculturais associados à dependência do álcool numa mulher com PUA e proporcionar uma intervenção psicossocial para auxiliar na sua recuperação

Tipo de estudo | Procedimento: Estudo de caso, qualitativo

Resultados:

- Um baixo nível de identificação cultural pode prever o consumo de álcool, uma vez que as pessoas se sentem mal-sucedidas, socialmente rejeitadas e isoladas. Ao longo da avaliação e da intervenção, foram feitas tentativas de reforço cultural para que a cliente se sentisse bem-sucedida e adotada na sociedade e na situação atual;

- Existem fortes ligações teóricas entre a etnia, a identificação cultural e o consumo de substâncias, mas essas ligações não são simples. Com o contributo de várias intervenções de trabalho social psiquiátrico, personalizadas para melhor se adequarem ao caso, foram efetuadas intervenções como a recuperação cultural, a terapia de prevenção de recaídas, a psicoeducação e o aconselhamento de apoio. As intervenções contribuíram significativamente para melhorar o estado de saúde mental da cliente;

- Uma avaliação cultural pormenorizada (etnia, valores, crenças, socialização primária), juntamente com a intervenção do serviço social psiquiátrico, pode ajudar a formular planos de tratamento no caso de uma pessoa com etnia tribal e consumo de álcool.

E5 | Título: "Effect of Incentives for Alcohol Abstinence in Partnership With 3 American Indian and Alaska Native Communities"

Autores: Michael G. McDonell; Katherine A. Hirchak; Jalene Herron; Abram J. Lyons; Karl C. Alcover; Jennifer Shaw; Gordon Kordas; Lisa G. Dirks; Kelley Jansen; Jaedon Avey; Kate Lillie; Dennis Donovan; Sterling M. McPherson; Denise Dillard; Richard Ries; John Roll; Dedra Buchwald

Ano: 2021

Citação: McDonell et al. (2021)

País: Estados Unidos da América

População: Adultos indígenas americanos ou nativos do Alasca, adultos, capazes de ler e falar inglês e capazes de fornecer consentimento informado por escrito que tiveram 1 ou

mais dias de episódios de consumo elevado de álcool (>3 doses) nos últimos 30 dias e que tinham um diagnóstico atual de PUA

Objetivo(s): Investigar se os incentivos à abstinência do álcool são uma intervenção eficaz para reduzir o consumo de álcool entre os adultos indígenas americanos e nativos do Alasca diagnosticados com PUA

Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado multicêntrico, com período de observação prévio de 1 mês e intervenção de 3 meses, realizado em 3 comunidades Americanas Nativas e Nativas do Alasca

Resultados:

- O estudo mostrou que os incentivos financeiros (como cartões de presente) foram eficazes em aumentar as taxas de abstinência do álcool entre os participantes dessas comunidades. Aqueles que receberam os incentivos tiveram taxas mais altas de abstinência em comparação com aqueles que não receberam os incentivos;

- Os participantes do estudo que receberam incentivos demonstraram uma redução significativa no consumo de álcool. Em alguns casos, a taxa de abstinência foi mais alta do que a média observada em outras populações;

- O estudo também revelou que a implementação de programas de incentivo foi mais eficaz quando respeitava os contextos culturais e sociais das comunidades. A colaboração com líderes comunitários e a adaptação dos incentivos às práticas e valores locais teve um impacto positivo na adesão ao programa;

- O envolvimento de membros da comunidade, como líderes tribais, foi fundamental para o sucesso do estudo. Isso indicou que, ao integrar aspetos culturais e sociais das comunidades nativas americanas e do Alasca, os programas de tratamento foram mais bem recebidos, o que ajudou a melhorar a adesão ao tratamento;

E6 | Título: “Content Analysis Informing the Development of Adapted Harm Reduction Talking Circles (HaRTC) with Urban American Indians and Alaska Natives Experiencing Alcohol Use Disorder"

Autores: Lonnie A. Nelson, Annette Squetimkin-Anquoe, Tatiana Ubay, Victor King, Emily M. Taylor, Karissa Masciel, Lovella Black Bear, Shawn Buffalomeat, Xia Duffing-Romero, Celina Mahinalani Garza, Seema L. Clifasefi, Susan E. Collins

Ano: 2022

Citação: Nelson *et al.* (2022)

País: Estados Unidos da América

População: adultos pertencentes às comunidades de índios americanos e nativos do Alasca com PUA e que vivem em ambientes urbanos

Objetivo(s): adaptar uma abordagem de redução de danos para ajudar American Indians e Alaska Natives com PUA. Isso é feito através dos HaRTC, uma prática tradicional indígena. O estudo analisa as necessidades culturais e sociais dessa população, para que os HaRTC sejam moldados de acordo com os valores e tradições específicas dessa comunidade. A ideia é criar uma intervenção que seja culturalmente relevante e eficaz para apoiar essas pessoas na redução do uso de álcool e na recuperação

Tipo de estudo: Estudo qualitativo

Resultados:

- O estudo revelou que os participantes consideraram fundamental a integração de práticas culturais tradicionais nas intervenções. As HarRTC, são uma prática tradicional entre as comunidades indígenas, e foram vistas como uma forma eficaz de promover a cura e reduzir o estigma associado ao uso de álcool. A utilização de símbolos culturais, histórias e práticas espirituais foi considerada essencial para engajar a comunidade e fortalecer o processo de recuperação;

- A participação ativa da comunidade foi identificada como um fator crucial para o sucesso da intervenção. Os membros da comunidade, incluindo líderes espirituais e outros líderes comunitários, devem ser integrados no desenvolvimento e implementação das intervenções, garantindo que as soluções sejam culturalmente adequadas e respeitem as dinâmicas sociais locais;

- Os participantes apontaram que o uso de álcool nas comunidades nativas está frequentemente associado a um forte estigma social, o que dificulta a busca por tratamento. Assim, a abordagem de redução de danos, que não exige abstinência imediata, foi vista como uma maneira de reduzir o estigma, permitindo que as pessoas se sintam mais à vontade para procurar ajuda sem medo de julgamento ou exclusão;

- O estudo reconheceu que muitos Nativos Americanos e Nativos do Alasca enfrentam traumas históricos profundos (como o genocídio, políticas de assimilação forçada e deslocamento) que impactam diretamente a saúde mental e o comportamento, incluindo o

uso de substâncias. A intervenção sugeriu que o tratamento do uso de álcool deve levar em conta essas experiências históricas e sociais, promovendo estratégias de enfrentamento que considerem esses traumas;

- A intervenção de redução de danos foi descrita como uma abordagem holística e personalizada, permitindo que os participantes definam seus próprios objetivos e façam mudanças em seu ritmo individual, sem a pressão de uma abstinência imediata. A ênfase foi dada em ajudar os indivíduos a entenderem o uso de álcool e suas implicações de forma mais profunda, respeitando as necessidades emocionais, espirituais e sociais de cada pessoa;

- A pesquisa revelou que os participantes se sentiram mais confortáveis e comprometidos com o tratamento quando havia uma integração das práticas espirituais tradicionais e a fortalecimento dos laços comunitários. A solidariedade comunitária e o suporte dos líderes locais foram apontados como elementos cruciais para facilitar a recuperação e criar um ambiente favorável à redução do uso de álcool.

E7 | Título: “Content Analysis of Preferred Recovery Pathways Among Urban American Indians and Alaska Natives Experiencing Alcohol Use Disorders”

Autores: Lonnie A. Nelson, Susan E. Collins, Jasmine Birch, Raven Burns, Grace McPhail, Jemima Onih, Cameron Cupp, Tatiana Ubay, Victor King, Emily Taylor, Karissa Masciel, Trevor Slaney, Joseph Bunch, Roxanna King, Celina Mahinalani-Garza, Benjamin K. S. Piper, and Annette Squetimkin-Anquoe

Ano: 2023

Citação: Nelson. *et al*. (2023)

País: Estados Unidos da América

População: participantes eram AI/ANs urbanos, tinham pelo menos 21 anos de idade e apresentavam pontuações AUDIT-C que sugeriam a presença de PUA

Objetivo(s): analisar as preferências e perceções sobre os caminhos de recuperação para indivíduos urbanos de etnia nativa americana e do Alasca que enfrentam transtornos relacionados ao uso de álcool

Tipo de estudo: qualitativo

Resultados:

- Os participantes destacaram que práticas culturais, como cerimónias tradicionais e a conexão com a espiritualidade nativa, eram componentes essenciais para a recuperação. Muitos expressaram uma preferência por programas de recuperação que incorporassem aspetos culturais de suas tradições, como danças, músicas, e rituais espirituais;

- Houve uma forte preferência por programas de tratamento liderados por nativos, pois eles entendem melhor as necessidades culturais e sociais das comunidades indígenas. Os participantes relataram que se sentiam mais compreendidos e apoiados por conselheiros que compartilham da mesma identidade cultural;

- A importância de um ambiente culturalmente seguro foi destacada. Participantes mencionaram que se sentiam mais à vontade para procurar ajuda em ambientes que respeitavam suas tradições culturais e não eram estigmatizantes. Isso ajudava a fortalecer o senso de pertencimento e identidade cultural, o que contribui para uma recuperação mais eficaz;

- Alguns participantes apontaram que tratamentos convencionais (não adaptados à cultura indígena) frequentemente não conseguiam abordar as necessidades específicas da sua população. Sentiram que abordagens autoritárias e tradicionais dos sistemas de saúde muitas vezes não respeitavam suas visões de mundo ou história;

- O apoio da comunidade e da família, aspetos profundamente enraizados nas culturas de Nativos Americanos e Nativos do Alasca também foi identificado como um fator crucial. Muitos participantes preferiram estratégias de recuperação que envolvessem suas redes sociais e familiares, além de um enfoque em recuperação comunitária, algo que é culturalmente significativo para essas populações;

- As intervenções que incorporaram estratégias de *coping* culturais (como falar sobre experiências e sentimentos nas reuniões de apoio) foram vistas como mais eficazes. Essa abordagem ajudava a fortalecer a confiança e a recuperação, utilizando as próprias estratégias culturais da comunidade.

4. DISCUSÃO DOS RESULTADOS

A PUA é uma condição clínica complexa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo influenciada por fatores sociais e culturais, como normas sociais, disponibilidade de álcool, desenvolvimento económico e políticas públicas (APA, 2024; WHO, 2024a). Os resultados desta *scoping review* evidenciam que os padrões culturais exercem uma influência ampla e multifacetada na recuperação de adultos com PUA, funcionando ora como facilitadores, ora como barreiras, ou ainda como recursos terapêuticos ao longo do tratamento. As dimensões culturais moldam não apenas a motivação para procurar ajuda, mas também a eficácia, aceitação e adesão às intervenções, além de influenciar o sentido de pertença dos indivíduos em recuperação.

Importância da conexão cultural e espiritualidade na recuperação

Estudos centrados em populações indígenas americanas e nativas do Alasca (E1, E5, E6, E7) destacam que intervenções culturalmente adaptadas, como os *Harm Reduction Talking Circles* (HaRTC), cerimónias espirituais, rituais tradicionais e a integração de líderes comunitários, são associadas a melhores resultados terapêuticos. Estas práticas promovem a identidade cultural, aumentam a qualidade de vida relacionada com a saúde e reduzem o consumo de álcool. A integração respeitosa de elementos culturais e espirituais cria um ambiente mais seguro, inclusivo e motivador para a recuperação. Abordagens que valorizam a espiritualidade e a cultura contribuem para a resiliência e a motivação intrínseca, fundamentais para a mudança comportamental.

Abordagens centradas na autonomia e culturalmente sensíveis

A literatura analisada reforça que intervenções baseadas na autonomia individual, como a redução de danos, são preferidas por muitos indivíduos em contextos culturais específicos (E6, E7). Este modelo permite mudanças graduais, ao ritmo da pessoa, sem a imposição da abstinência imediata, o que contribui para reduzir o estigma e aumentar a adesão ao tratamento. Assim programas culturalmente adaptados, que respeitam a autonomia do indivíduo, tendem a apresentar melhores resultados e maior retenção.

Religiosidade como fator de proteção cultural

O estudo com veteranos militares (E3) salientou a religiosidade intrínseca – aquela que é vivida de forma pessoal e profunda – como um fator moderador contra o uso problemático de álcool, em particular entre indivíduos expostos a eventos moralmente lesivos. Apesar de, neste caso, um maior nível de religiosidade se encontrar associada a um maior consumo de álcool, a participação em práticas religiosas organizadas, quando alinhadas com os valores pessoais, também pode contribuir para mitigar os impactos negativos de traumas, oferecendo suporte emocional e uma estrutura simbólica capaz de orientar o processo de recuperação.

Estes dados sublinham a relevância de sistemas culturais que tenham em conta a religiosidade, uma vez que esta pode assumir o papel de barreira ou de fator protetor.

Estigma cultural, género e barreiras ao tratamento

O estudo de Bourdon et al. (E2) revelou que as normas culturais relacionadas com o género e a geração influenciam fortemente o acesso ao tratamento. As mulheres enfrentam frequentemente um duplo estigma – pelo consumo de álcool e pela procura de ajuda – o que resulta numa menor taxa de utilização de serviços terapêuticos. Por outro lado, as normas permissivas quanto ao consumo de álcool entre homens, e a transmissão intergeracional dessas normas, contribuem para a perpetuação da PUA ao longo do tempo. Estes fatores revelam a necessidade de intervenções sensíveis ao género e à dinâmica familiar, que combatam o estigma e promovam a equidade no acesso aos cuidados e promovam a adesão ao tratamento.

Envolvimento comunitário e valorização das práticas tradicionais

A participação ativa das comunidades e o respeito pelos valores e práticas locais revelaram-se fundamentais para o sucesso das intervenções (E4, E5, E6, E7). A integração de líderes comunitários, de práticas culturais e da solidariedade coletiva contribuiu para criar um ambiente mais acolhedor e eficaz. O estudo de caso de uma mulher indígena (E4) demonstrou como a baixa identificação cultural pode estar associada a sentimentos de exclusão e maior vulnerabilidade ao consumo de álcool, enquanto o reforço da identidade cultural foi decisivo para a sua recuperação.

Os resultados encontrados nos estudos referidos anteriormente, são corroborados pelo *Global Alcohol Plan 2022–2030* da WHO (2023), que enfatiza a importância de intervenções culturalmente sensíveis para reduzir o uso nocivo de álcool. O plano recomenda políticas públicas que considerem contextos culturais, sociais e de género, promovendo a equidade e respeitando os valores locais. Além disso, destaca a necessidade de envolver comunidades e líderes locais nas ações de prevenção e tratamento. De forma complementar, o NIAAA (s.d.b.) reforça que abordagens que integram cultura e espiritualidade aumentam a resiliência, a motivação intrínseca e a adesão aos programas de tratamento, confirmando a importância de adaptar políticas e intervenções ao contexto cultural e individual dos participantes.

No entanto, apesar dos dados apresentados nos estudos com populações indígenas dos EUA, observa-se uma carência significativa de investigação em outras regiões do mundo. São escassos os estudos que abordam o papel dos padrões culturais na recuperação da PUA em contextos africanos, latino-americanos ou europeus. Adicionalmente, há uma necessidade urgente de estudos longitudinais que analisem os efeitos sustentados das intervenções

culturalmente adaptadas, assim como abordagens interseccionais que considerem simultaneamente o género, a etnia, a religião e o contexto socioeconómico dos indivíduos.

5. NOTA CONCLUSIVA

A presente *scoping review* permite concluir que os padrões culturais exercem uma influência profunda na recuperação de pessoas adultas com perturbação do uso de álcool (PUA). A valorização da cultura, da espiritualidade e da comunidade revela-se central em intervenções que se pretendem eficazes, humanizadas e inclusivas. O reconhecimento destes elementos na prática clínica e nas políticas públicas é, atualmente, não apenas desejável, mas uma exigência ética e científica para a construção de cuidados de saúde mais equitativos, eficazes e ajustados à diversidade cultural.

A cultura desempenha um papel fundamental tanto na compreensão do consumo de álcool como nas estratégias adotadas para lidar com a dependência. Normas sociais, identidade cultural e religiosidade moldam a forma como os indivíduos percecionam o seu problema e respondem às intervenções terapêuticas. Assim, é essencial que os profissionais de saúde adotem abordagens culturalmente sensíveis, capazes de reconhecer estas influências e de as integrar no processo de tratamento.

Neste contexto, o EESMP assume um papel fundamental. A sua capacidade de trabalhar com uma perspetiva holística — considerando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais da pessoa — torna-o um agente estratégico na promoção da recuperação. Ao intervir junto da pessoa e da sua comunidade, o EESMP não só contribui para um acompanhamento mais próximo e individualizado, como também promove a criação de redes de suporte que respeitam e valorizam as especificidades culturais de cada grupo.

Por fim, importa salientar que, embora a prevenção continue a ser um pilar fundamental das políticas de saúde pública, o tratamento da dependência alcoólica não pode ser negligenciado. É essencial garantir um equilíbrio entre a prevenção e a intervenção terapêutica, assegurando que as pessoas que já vivem com PUA tenham acesso a cuidados adequados, individualizados e culturalmente sensíveis. Só com este compromisso será possível promover uma recuperação mais eficaz e duradoura.

CONCLUSÃO

A realização dos estágios e a elaboração deste Relatório de Estágio representaram uma experiência verdadeiramente transformadora. Ao longo deste percurso, tive a oportunidade de contactar de forma direta com pessoas que vivem com perturbações mentais, o que me permitiu aplicar, na prática, os conhecimentos adquiridos durante a formação. Esta vivência foi essencial não só para consolidar os fundamentos teóricos, mas também para desenvolver competências práticas e humanas que, certamente, me acompanharão enquanto futura EESMP.

O trabalho junto de pessoas com doença mental e suas famílias permitiu-me mobilizar e integrar diversas competências num processo que se revelou profundamente enriquecedor. Sinto que, ao longo deste percurso, fui crescendo não apenas como profissional, mas também como pessoa, tornando-me mais consciente, empática e preparada para os desafios da prática clínica.

Em relação à componente investigativa, esta revelou-se igualmente significativa. A pesquisa realizada demonstrou que, embora a literatura científica sobre a influência da cultura na recuperação da pessoa com PUA ainda seja limitada, os estudos existentes apontam para a eficácia de intervenções culturalmente adaptadas. Estes dados reforçam a importância de investir em mais investigação nesta área, alargando o foco a diferentes contextos culturais, de modo a enriquecer a prática clínica e promover cuidados mais ajustados e inclusivos.

Concluo este trabalho com um profundo sentimento de gratidão. Acredito que atingi os objetivos a que me propus, e saio desta etapa mais confiante, mais competente e, acima de tudo, mais motivada para continuar a investir no meu crescimento pessoal e profissional. Levo comigo a certeza de que cada desafio é também uma oportunidade de aprendizagem, e que a melhoria contínua é um compromisso que quero manter ao longo de toda a minha carreira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, V, Lopes, M., & Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista Escola Enfermagem USP. 17 39.(2). https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?format=pdf

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing. https://drive.google.com/file/d/0B1dxTb_oy7qwcVRvTExKWmdMejQ/view?resourcekey=0-VMo05y795EthoFRqagAoZQ

American Psychiatric Association (2024). Alcohol Use Disorder. https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Alcohol-Use-Disorder

Bessa, M. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso: a atuação do CNECV. https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf

Bittencourt, M.; Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. Revista de Enfermagem Referencia, 4(18), 125–132. https://doi.org/10.12707/RIV18015~

Boruah, A., & Ali, A. (2023). *Social and Cultural Contexts of Alcohol Use - A Case Study of a Female with Alcohol Dependence Syndrome of Tribal Ethnicity*.

Bourdon, J. L., et al. (2020). *Characterization of Service Use for Alcohol Problems Across Generations and Sex in Adults With Alcohol Use Disorder*.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2023). Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria. https://psiquiatria-huc.com/

Decreto-Lei 70/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, nº 100/2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70_2019-122393532

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Diário da República, 1.ª série - A, n.º 109/2006. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934

Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro (2012). Diário da República, 1.ª série, n.º 229/2012. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/253-2012-191138

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Diário da República, 1.ª série, n.º 38/2008. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675

Decreto-Lei n.º 48/95 do Ministério da Justiça. (1995). Diário da República: I série, n.º 34/1995. https://dre.pt/pesquisa/-/search/198727/details/maximized

Direção Geral da Saúde (DGS). (2017a). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

Entidade Reguladora de Saúde. (2009). *Código Deontológico da Enfermagem*.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2023). Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Guia Orientador. Coimbra, Portugal

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2024). Guia de elaboração de trabalhos escritos.

Fragoso, E. (2022). Promoção da Literacia em Saúde Mental: psicoeducação e autogestão da doença. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44568

Francis, L. & Robertson, N. (2022). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. Patient Education and Counseling. Volume 107, 1-9. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis | Elsevier Enhanced Reader

Goleman, D. (2012). Trabalhar com Inteligência Emocional. (5 ed.). Temas e Debates Círculo de Leitores.

Instituto Joanna Briggs. (2024). *Scoping Review Resources*. https://jbi.global/scoping-review-network/resources

Lei nº 27/2023. (2023, julho 24). *Lei da Saúde Mental*. Diário da República, 1ª série, nº 141. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339

Lei nº 35/2023 da Assembleia da República (2023). Diário de República: I série, nº141. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339

Lei nº 36/98 de 24 de julho. (1998, julho 24). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República, 1ª série, nº 141. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/36-1998-424762

Machado, C. (2020). O doente mental e o crime, uma perspectiva global da inimputabilidade em Portugal (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

McDonell, M. et al. (2021). *Effect of Incentives for Alcohol Abstinence in Partnership With 3 American Indian and Alaska Native Communities*.

Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory- Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Pratice. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978- 0-8261-0535-6

Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Development and progress. Philadelphia: Wolters Kleiwer / Lippincott William & Wilkins. (Pág. 87 a 112: Capítulo; The discipline of nursing: perspective and domain). (Tradução em português de Cecília Albuquerque e revisão de Ana Margarida Fernandes).

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (s.d.b.). *Native Communities: Alcohol Intervention Review (NativeAIR)*. https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/native-air

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (s.d.a.). *NIAAA Recovery Research Definitions*. https://www.niaaa.nih.gov/research/niaaa-recovery-from-alcohol-use-disorder/definitions

Nelson, L. et al. (2023). *Content Analysis of Preferred Recovery Pathways Among Urban American Indians and Alaska Natives Experiencing Alcohol Use Disorders*.

Nelson, L. et al. (2024). *A pilot study of virtual Harm Reduction Talking Circles for American Indian and Alaska Native adults with alcohol use disorder*.

Nelson, L. et al. (2022). *Content Analysis Informing the Development of Adapted Harm Reduction Talking Circles (HaRTC) with Urban American Indians and Alaska Natives Experiencing Alcohol Use Disorder*.

Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem. Lisboa, Portugal: Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Nunes, L. M. (2006). Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem.https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem

Nunes, L., & Poeira, A. (2021). Apostilha de Investigação. I. Da origem à disseminação do conhecimento. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36172

Nunes, L.; Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Olsson, H., & Schön, U. (2016). Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care?. Journal of Mental Health. doi: 10.3109/09638237.2016.1139075

Ordem dos Enfermeiro (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº 52/2017. Orientação dos estudantes dos cursos de licenciatura de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer52_2017_OrientacaoEstudantesCursosLicenciaturaEnfermag.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. In Ordem dos Enfermeiros. https://pt.scribd.com/document/452764700/ppadrao-documentacao-enfermagem saude-mental-e-psiquiatrica-auscultacao-vf-1

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

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados de Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dosciclos-deestudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Parker, M., & Smith, M. (2010). Nursing Theories and Nursing Practice (3rd ed.). F.A. Davis Company.

Peters, M. et al (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI evidence https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação. Lusociência

Pinheiro, A. (2019). Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental [dissertação de mestrado]. Lisboa: ESEL. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29985/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Ana%20Lu%c3%adsa%20Pinheiro%20n%c2%ba7759.pdf

Queirós, P. (2012). O bem-estar na perspetiva de enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/268220826_O_BEM_ESTAR_NA_PERSPETIVA_DE_ENFERMAGEM

Queirós, P. J. P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, 07072014002930013

Queirós, P. J. P. (2020). Ciência de enfermagem: contributos para a discussão disciplinar. Coimbra.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II serie, nº 26. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II série, n.º 122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

Sequeira, C. (2020). Treino da Assertividade. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções (1ª ed., pp 174-176). Lidel.

Sequeira, C., & Coelho, J. (2020). Aconselhamento. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções (1ª ed., pp 180-182). Lidel.

Sezerman, N., Grau-López, L., Basurte, I., Mesas, B., Rodriguez, L., Martinez, L., Roncero, C. (2014). Dual Diagnosis Resource Needs in Spain: A National Survey of Professionals. Journal of Dual Diagnosis (10), 1-7

Thomas, E. D., Weiss, N. H., Forkus, S. R., & Contractor, A. A. (2022). *Examining the Interaction Between Potentially Morally Injurious Events and Religiosity in Relation to Alcohol Misuse Among Military Veterans*.

Torrens, M. (2008). Patologia Dual: Situacion actual y retos de futuro. Adicciones. Recuperado a 01 de Outubro de 2023 de: http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255

Torrens, M., Mestre-Pintó, J., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociênci

Tricco, A., et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of internal medicine, 169(7), 467–473. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/

Vega, P., et al. (2015). Libro blanco- recursos para pacientes con patología dual en españa: Resultados de una encuesta a nivel nacional. Madrid, Espanha: Sanidad y Ediciones, S.L.

Vieira, A. (2019). (Re)começar o processo de Recovery na pessoa com experiência em Doença Mental. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32152

Völlm, B. et al. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. European Psychiatry, 58(1), 58-73. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.007

World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2023). Global alcohol action plan 2022-2030. https://www.who.int/publications/i/item/9789240090101

World Health Organization. (2024a). *Alcohol*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

World Health Organization. (2024b). *Alcohol*. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1

World Health Organization. (2024c). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

APÊNDICES

Apêndice I: Ações de sensibilização na área da saúde mental

Alcoolismo e Saúde Mental



O alcoolismo, consiste na existência de uma dependência de álcool e é uma perturbação mental que exige tratamento.

[redacted]

No alcoolismo existem três conceitos importantes e relacionados:

•Tolerância: necessidade de tomar doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito que se atingia com doses menores

Síndrome de abstinência: uma pessoa que consume em excesso durante um determinado período de tempo, quando pára de consumir experiencia sinais e sintomas físicos e psicológicos extremamente desagradáveis, sentindo necessidade intensa de beber para aliviar esses sintomas

Consumo compulsivo: a pessoa sente um desejo intenso de beber e não consegue deixar de o fazer



Tipos de Bebidas



Fermentadas
- P.ex: vinho, cerveja, cidra

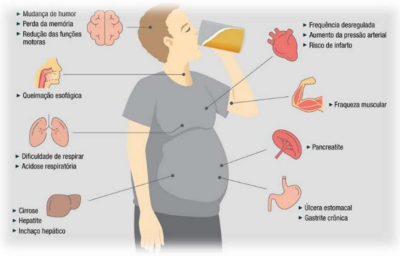


Destiladas
- P. ex: aguardente, whisky, rum, vodka e outras

Maior percentagem de álcool



Consequências do alcoolismo



O consumo de álcool pode levar ao desenvolvimento de uma doença mental, sendo muitas as consequências associadas, que afetam não só o próprio, mas também as pessoas mais próximas

A nível familiar
- Violência doméstica, abandono

A nível socio-económico
- Perda do emprego

Maior risco de acidentes de viação e de trabalho

Depressão
- O álcool **aumenta o risco de perturbações de humor e de depressão**, que se revelam pelos sintomas habituais, desinteresse, perda ou aumento de peso, perturbações do sono, cansaço, perda de energia ou agitação, pensamentos negativos e de culpabilização, diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, e, nos casos mais severos, pensamentos suicidas.

Síndrome de Abstinência
- Pode revelar-se algumas horas depois ou surgir até quatro a cinco dias após esse momento e os sintomas são: **pulsação rápida, tremores nas mãos, insónia, náuseas e vómitos, alucinações, inquietação, agitação e ansiedade**. Nos casos mais graves, a situação de *delirium tremens* é acompanhada de febre, convulsões e confusão mental.

Demência
- A **memória é frequentemente afetada** não só pela ação do álcool como pela má nutrição, que torna frequente nos alcoólicos a carência de vitamina B1, essencial para a manutenção da capacidade de armazenar novas memórias.

Psicose
- Induzida pelo álcool, consiste sobretudo em **alucinações e ideias delirantes** (ideias falsas que resistem a toda a argumentação lógica e ao teste da realidade). Afeta 3% dos dependentes do álcool.

Consumo excessivo de álcool e drogas – sinal de alerta para a saúde mental



Como promover a saúde mental?



Cuide do seu sono

- Minimizar a exposição à luz azul durante a noite
- Desligar dispositivos eletrónicos cerca de 2h antes de dormir
- Criar ritual agradável para si antes de dormir (p.ex: banho relaxante, leitura de um livro)
- Ambiente silencioso
- Não dormir com fome e no período noturno privilegiar refeições leves
- Evitar ingestão de bebidas estimulantes no período noturno (p.ex: cafeína)
- Estabelecer um horário



Mantenha uma rotina

- Inclua a prática de exercício físico, momentos de lazer e de relaxamento – **o que lhe fizer sentir bem**



Organize o seu dia de acordo com as suas prioridades

- A elaboração de uma lista das atividades a realizar por ordem de importância pode ser útil para organizar o seu dia
- No final comemore "as pequenas grandes conquistas"



Manter alimentação saudável e hidratação adequada



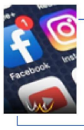
Fazer atividade prazerosas para si



Reforçar laços familiares e de amizade



Relaxe e permita-se "não fazer nada"



Desconecte-se das redes sociais



Saia de casa, contacte com a natureza

Vamos falar sobre SAÚDE MENTAL



Estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com os momentos estressantes da vida, desenvolver todas as suas habilidades, aprender e trabalhar bem e contribuir para a melhoria de sua comunidade (OMS).

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

E a perturbação mental... o que é?

Organização Mundial de Saúde (2001) refere a perturbação mental como uma alteração do modo de pensar, de sentir (humor e emoções) e de agir, tendo em conta o agravamento do funcionamento numa ou mais esferas da vida (afetiva, familiar, laboral, social ou outras).

Pessoas com doença mental são frequentemente afetadas pelo estigma

Processo que ocorre quando alguma caraterística é assinalada como indesejável, baseada em estereótipos e preconceitos

Consequências para a pessoa com uma doença mental

- Dimuição na procura de ajuda médica
- Abandono do tratamento para evitar ser associado ao rótulo de "doente mental";
- Isolamento, pela sensação de que se é diferente ou por afastamento dos outros;
- Desigualdades na escola, emprego, atividades sociais e de lazer;
- Bullying, violência física ou assédio;
- Interiorização de ideias erradas, isto é, a própria pessoa tem uma visão negativa de si mesma com base nos preconceitos vigentes na sociedade

Sinais de alerta



Vamos falar sobre…

SAÚDE MENTAL

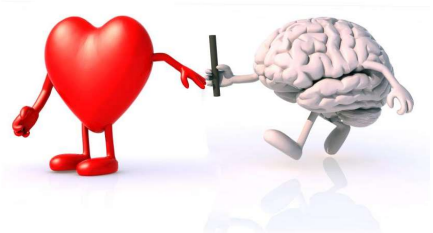


[redacted]

O QUE É A SAÚDE MENTAL?

"Estado de completo bem-estar físico, mental e social" (OMS)

Saúde Física



Saúde Mental

Como promover a saúde mental?



Promova o autoconhecimento

- Compreenda os seus sentimentos e emoções
- Reflita sobre as suas decisões



Mantenha uma rotina

- Inclua a prática de exercício físico, momentos de lazer e de relaxamento – **o que lhe fizer sentir bem**



Organize o seu dia de acordo com as suas prioridades

- A elaboração de uma lista das atividades a realizar por ordem de importância pode ser útil para organizar o seu dia
- No final comemore "as pequenas grandes conquistas"

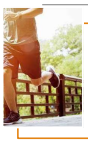
Como promover a saúde mental?



Cuide do seu sono

- Minimizar a exposição à luz azul durante a noite
- Desligar dispositivos eletrónicos cerca de 2h antes de dormir
- Criar ritual agradável para si antes de dormir (p.ex: banho relaxante, leitura de um livro)
- Ambiente silencioso
- Não dormir com fome e no período noturno privilegiar refeições leves
- Evitar ingestão de bebidas estimulantes no período noturno (p.ex: cafeína)
- Estabelecer um horário

Como promover a saúde mental?



Praticar atividade física

- O ideal será 3x por semana, durante 50 minutos. O importante é que seja **algo que goste**



Manter alimentação saudável e hidratação adequada



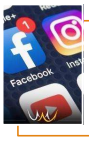
Fazer atividade prazerosas para si



Reforçar laços familiares e de amizade



Relaxe e permita-se "não fazer nada"



Desconecte-se das redes sociais



Saia de casa, contacte com a natureza

Como promover a saúde mental?



Respiração

Respirar profundamente, concentrado no ato de inspirar e expirar, é o primeiro passo na reversão desse quadro ansioso. Técnicas de exercícios respiratórios feitos com frequência, diariamente, por exemplo, a respiração alongada oxigena o cérebro e os pulmões, trazendo benefícios e calma.



Atividades físicas

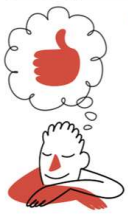
A prática de atividades físicas promove a liberação de endorfina e dopamina, que são substâncias naturais produzidas pelo corpo no momento da prática física, as quais inibem a irritação e o estresse, trazendo sensação de bem-estar e satisfação.

Controlar o *stress*



Prática de atividades lúdicas

Agregar-se a grupos que realizem atividades que despertem prazer, por exemplo, ciclismo, grupos de corrida, caminhadas, ou rever antigos amigos, retomar sua vida social. Não se isolar jamais.



Seja positivo

Tentar "destravar" o circuito neural habituado a emitir pensamentos negativos, intrusivos e repetitivos, substituindo-os por pensamentos positivos. Haverá uma exigência de esforço pessoal dessa transição, entretanto, existe um leque de técnicas cognitivas comportamentais, propostas por especialistas disponíveis em livros, sites, que podem ser aprendidas e exercitadas.



Alimentação saudável

Dieta equilibrada rica em vitaminas e minerais, também auxilia nos efeitos desagradáveis que causam tensões e outros sintomas.

E a perturbação mental… o que é?

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) refere a perturbação mental como uma alteração do modo de pensar, de sentir (humor e emoções) e de agir, tendo em conta o agravamento do funcionamento numa ou mais esferas da vida (afetiva, familiar, laboral, social ou outras).

Quem daqui tem uma perturbação mental?

NÃO SABEMOS… são pessoas normais!



Estigma

Processo que ocorre quando alguma caraterística é assinalada como indesejável, baseada em estereótipos e preconceitos negativos, o que conduz à discriminação de pessoas ou grupos

Pessoas com doença mental são frequentemente afetadas pelo estigma

SENTIMENTOS NEGATIVOS



Consequências para a pessoa com uma doença mental

- Dimuição na procura de ajuda médica
- Abandono do tratamento para evitar ser associado ao rótulo de "doente mental";
- Isolamento, pela sensação de que se é diferente ou por afastamento dos outros;
- Desigualdades na escola, emprego, atividades sociais e de lazer;
- Bullying, violência física ou assédio;
- Interiorização de ideias erradas, isto é, a própria pessoa tem uma visão negativa de si mesma com base nos preconceitos vigentes na sociedade

(Barbosa, 2010)

Será…

MITO OU VERDADE



Mito ou verdade?

Perturbações mentais são raras

Verdadeiro

Falso

Mito ou verdade?

Perturbações mentais são raras

Verdadeiro

Falso

1 em cada 6 pessoas na Europa sofre de uma perturbação mental, sendo a ansiedade e a depressão as mais comuns (Relatório Health at a Glance de 2018 da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico)

Mito ou verdade?

Perturbações mentais podem ser debilitantes

Verdadeiro

Falso

Mito ou verdade?

Perturbações mentais podem ser debilitantes

Verdadeiro

Falso

São reais e podem ser debilitantes, contudo existe tratamento e as pessoas podem ter uma vida normal

Mito ou verdade?

Depressão e tristeza são a mesma coisa

Verdadeiro

Falso

Mito ou verdade?

Depressão e tristeza são a mesma coisa

Verdadeiro | Falso

Tristeza e depressão não são a mesma coisa. Tristeza é um sentimento que todos nós sentimos em situações difíceis como a perda de alguém querido, de um familiar, amigo. Já o transtorno depressivo é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas que, além do sentimento de tristeza, engloba sintomas cognitivos (alterações de memória e concentração), alterações de funções vitais como sono e apetite, diminuição da capacidade de sentir prazer e da motivação para se envolver em diversas atividades e pode, em alguns casos, levar o indivíduo a apresentar pensamentos relacionados à própria morte.

Mito ou verdade?

Pessoas com perturbações mentais **são sempre violentas**

Verdadeiro | Falso

Mito ou verdade?

Pessoas com perturbações mentais **são sempre violentas**

Verdadeiro

Falso

As pessoas com perturbação mental não têm tendências violentas maiores que as outras. Pelo contrário: quem sofre com transtornos mentais tem mais chances de ser *vítima* de crimes violentos. É claro que também pode haver pessoas violentas, mas é raro haver uma relação direta.

Mito ou verdade?

As pessoas que ameaçam se matar querem apenas chamar a atenção

Verdadeiro

Falso

Mito ou verdade?

As pessoas que ameaçam se matar querem apenas chamar a atenção

Verdadeiro | Falso

A maioria das pessoas que pensam em suicídio falam ou dão sinais sobre suas ideias de morte. **A expressão da ideação suicida nunca deve ser interpretada como simples ameaça ou chantagem emocional, pois pode, sim, haver um risco real**.

Mito ou verdade?

O abuso do álcool e outras drogas interferem na saúde mental da pessoa

Verdadeiro | Falso

Mito ou verdade?

O abuso do álcool e outras drogas interferem na saúde mental da pessoa

Verdadeiro

Falso

Álcool e drogas possuem substâncias que podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central, podendo **levar a repercussões na saúde mental. O abuso de álcool e drogas constitui uma doença mental e estima-se que 11 milhões de pessoas na Europa sofram deste problema.**

(Relatório Health at a Glance de 2018 da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico)

Álcool, drogas e saúde



- Os dados sobre Portugal revelam como maior fator de risco para a saúde a obesidade, seguido do tabaco e do álcool (SICAD)
- É muito frequente que ao uso nocivo de álcool ou drogas se associe a presença de doença mental (SNS)
- Relatório Health at a Glance 2021: OECD Indicators – reitera mais uma vez que o **álcool é uma das principais causas de morte e invalidez** em todo o mundo, principalmente entre pessoas em idade ativa.







Consumo de álcool em Portugal



De acordo com o estudo "Prevenir a Utilização Nociva do Álcool", a média de Portugal considera que pessoas com 15 ou mais anos consomem 12 litros de álcool por ano, o que equivalente a duas garrafas e meia de vinho ou 4,6 litros de cerveja por semana (Público, 2021).

NO ENTANTO…

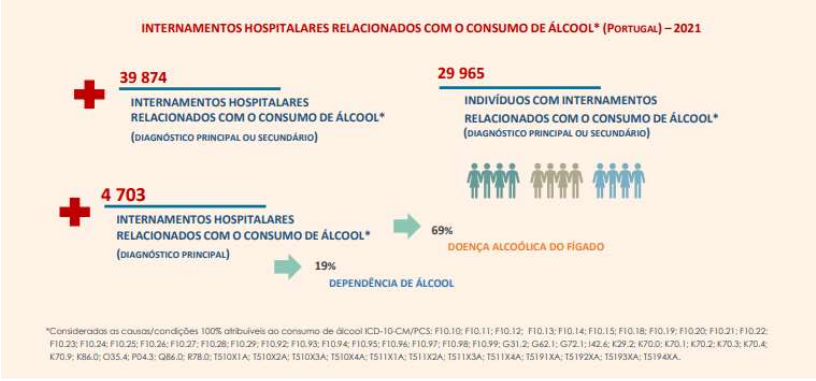
Relatório Anual 2021 – A situação do país em matéria de álcool





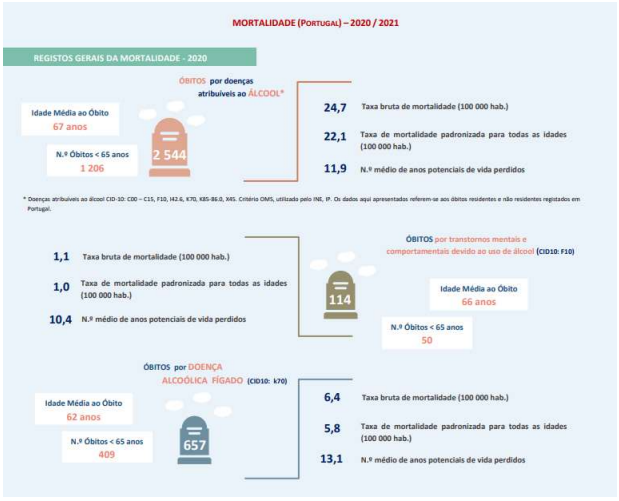
Fonte: *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - 2016/17* – Balsa *et al.*, 2018. *Inquérito Nacional de Saúde - 2019* – Instituto Nacional de Estatística, I. P.

Relatório Anual 2021 – A situação do país em matéria de álcool



Fontes: *Utentes em Tratamento por Problemas relacionados com o uso de Álcool e Prevalências de Infeção por VIH, Hepatite B e Hepatite C, nos utentes em tratamento* – Administrações Regionais de Saúde, I. P. / Unidade Licenciadas; *Internamentos Hospitalares* - Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.: DPS, Base de Dados Nacional de Morbilidade Hospitalar.

Relatório Anual 2021 – A situação do país em matéria de álcool



A quantidade de álcool por tipo de bebida







Alcoolismo

Algumas vezes pode passar-se do abuso à dependência de álcool (alcoolismo). O **alcoolismo é uma perturbação mental** que exige tratamento e não um «vício» como muita gente diz.

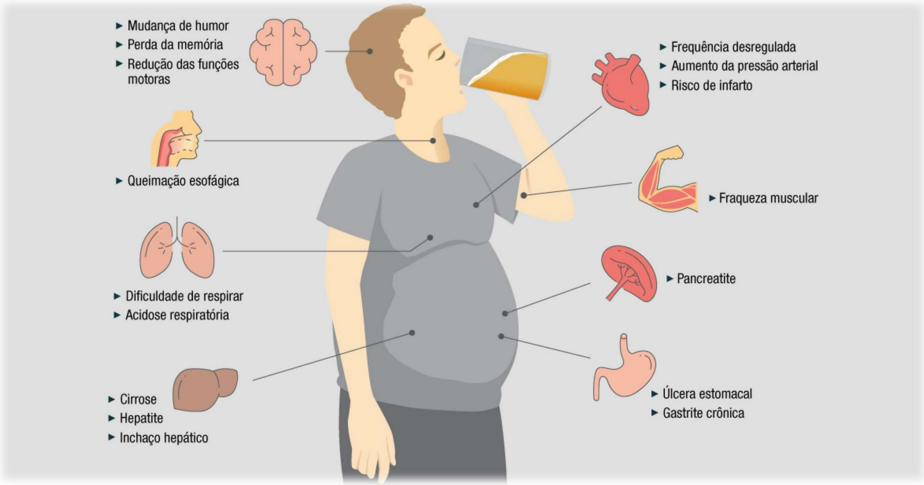
No alcoolismo existem três conceitos importantes e relacionados:

Tolerância: necessidade de tomar doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito que se atingia com doses menores

Síndrome de abstinência: uma pessoa que consume em excesso durante um determinado período de tempo, quando pára de consumir experiencia sinais e sintomas físicos e psicológicos extremamente desagradáveis, sentindo necessidade intensa de beber para aliviar esses sintomas

Consumo compulsivo: a pessoa sente um desejo intenso de beber e não consegue deixar de o fazer

Consequências do alcoolismo



Consequências do alcoolismo

Depressão	Síndrome de Abstinência	Demência	Psicose
• O álcool **aumenta o risco de perturbações de humor e de depressão**, que se revelam pelos sintomas habituais, desinteresse, perda ou aumento de peso, perturbações do sono, cansaço, perda de energia ou agitação, pensamentos negativos e de culpabilização, diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, e, nos casos mais severos, pensamentos suicidas.	• Pode revelar-se algumas horas depois ou surgir até quatro a cinco dias após esse momento e os sintomas são: **pulsação rápida, tremores nas mãos, insónia, náuseas e vómitos, alucinações, inquietação, agitação e ansiedade**. Nos casos mais graves, a situação de *delirium tremens* é acompanhada de febre, convulsões e confusão mental.	• A **memória é frequentemente afetada** não só pela ação do álcool como pela má nutrição, que torna frequente nos alcoólicos a carência de vitamina B1, essencial para a manutenção da capacidade de armazenar novas memórias.	• Induzida pelo álcool, consiste sobretudo em **alucinações e ideias delirantes** (ideias falsas que resistem a toda a argumentação lógica e ao teste da realidade). Afeta 3% dos dependentes do álcool.

Consequências do alcoolismo



A nível familiar

- Violência doméstica, abandono

A nível socio-económico

- Perda do emprego

Maior risco de acidentes de viação e de trabalho

Assim…





Consumo excessivo de álcool e drogas – **sinal de alerta para a saúde mental**

Mas que outros sinais de alerta podemos identificar numa pessoa que esteja com um problema de saúde mental?



Sinais de alerta



Não hesite em pedir ajuda!

[redacted]

Estamos cá para o ouvir e ajudar!

Vamos falar sobre…
SAÚDE MENTAL



[redacted]

Apêndice II: Guião orientador da consulta de alcoologia – reformulado

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____ **Data de nascimento:**__/__/_____

Nº Processo:_____ **Nº utente:**_____ **NISS:**_____

Naturalidade:_____ **Nacionalidade:**_____

Estado civil: _____

Escolaridade:_____ **Situação Profissional:** _____

Morada:_____

Contacto:_____

Pessoa referência:_____ **Contacto:** _____

REFERENCIAÇÃO

Motivo:_____

_____

Pessoa / Entidade /Instituição:_____ **Data:**___/___/_____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Antecedentes pessoais de saúde:

_____

_____

_____

_____

Alergias: _____

Gestação/ Parto (caso aplicável):

Nº de gestações:_____ Nº de partos: _____

Obs:

Doença mental prévia conhecida: SIM ☐ NÃO ☐ Qual: _____

Internamentos anteriores em Psiquiatria: _____

Seguimento no momento: _____

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Terapêutica em curso:

_____

_____

AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE

Tensão arterial:_____/_____mmHg **Frequência cardíaca:**_____bpm

Frequência respiratória:_____cpm **Temperatura:**_____ºC

Peso:_____Kg **Altura:**_____cm

Glicémia:_____mg/dl

Dor (0-10):_____ Localização (se aplicável):

Audição:

Não comprometida □ Comprometida □ **Obs:**

Visão:

Não comprometida □ Comprometida □ **Obs:**

Eliminação:

Não comprometida □ Comprometida □ **Obs:**

Respiração:

Não comprometida □ Comprometida □ **Obs:**

ESTILOS DE VIDA

Uso de tabaco: Não fuma □ Fuma habitualmente □ Deixou de fumar em:__/__/_____□

Cigarros □ Cachimbo □ Quantidade_____/ dia

Uso de drogas: Não usa □ Usa □

Tipo de Droga_____Quantidade/dia _____

Uso de álcool: Não usa □ Usa □

Tipo de bebida_____ Quantidade/dia_____

Obs:

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

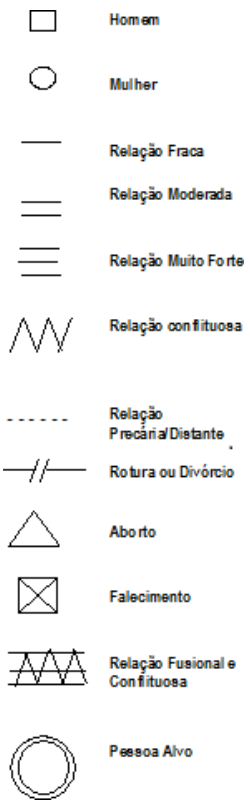
CONTEXTO FAMILIAR

Processo familiar:

Padrão de relacionamentos preservado □

Padrão de relacionamentos disfuncional □

Genograma :



Obs:_____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doença mental prévia conhecida: SIM □ NÃO □

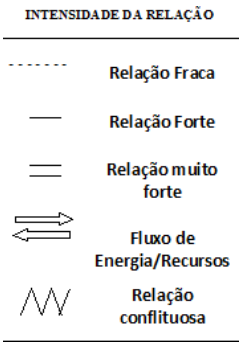
Qual /Quais? _____

Grau de parentesco: _____

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

REDE DE SUPORTE

Ecomapa:



Obs:

_____

_____

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Apresentação: Não comprometida ☐ Comprometida ☐

Obs: _____

Expressão facial: Não comprometida ☐ Comprometida ☐

Triste ☐ Aterrorizada ☐ Perplexa ☐ Risos imotivados ☐ Hiponímica ☐ Hipernímica ☐ Expressiva ☐

Apática ☐

Obs: _____

Contacto: Não comprometido ☐ Comprometido ☐

Superficial ☐ Negativista ☐ Indiferente ☐ Exuberante ☐ Difícil ☐ Hostil ☐

Obs: _____

Postura: Não comprometida ☐ Comprometida ☐

Expansiva ☐ Retraída ☐ Tensa ☐ Flácida ☐ Perseveração da postura ☐ Maneirista ☐

Obs: _____

Estado da consciência: Não comprometido ☐ Comprometido ☐

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Alterações quantitativas: Hipervigília □ Obnubilação □ Sonolência □ Estupor □ Coma/mortecerebral □

Alterações qualitativas: Estreitamento □ Expansão/ampliação da consciência □ Estados confuso-oníricos (delirium ou estado confusional agudo) □

Obs: _____

Atenção: Não comprometida □ Comprometida □

Hiperprosexia □ Hipoprosexia □ Distratibilidade □ Estreitamento da atenção □

Obs: _____

Orientação: Não comprometida □ Comprometida □

Desorientação autopsíquica □ Desorientação temporal □ Desorientação espacial □

Obs: _____

Memória: Não comprometida □ Comprometida □

Alterações quantitativas: Hipermnésia □ Hipomnésia □ Amnésia □

Alterações qualitativas: Paramnésias □

Obs: _____

Percepção: Não comprometida □ Comprometida □

Distorções sensoriais: Hiperestesia □ Hipostesia □ Alterações da cor □Alterações da dimensão (dismegalopsia/ macropsia/ micropsia/ alteração da imagem corporal) □

Falsas percepções: Alucinações □ **Especificação:**_____

Obs: _____

Linguagem e discurso: Não comprometida □ Comprometida □

Alterações orgânicas: Disartria □ Dislexia □ Afasia □

Alterações funcionais: Gaguez □ Mutismo □ Prolixidade □ Logorreia □ Verborreia □ Bradifemia □ Taquifemia □ Aprosodia □ Logoclonia □ Ecolalia □ Estereotipias verbais □ Neologismos □ Discurso desorganizado □ Discurso pobre □Pedolália □ Coprolalia □

Obs: _____

Pensamento: Não comprometido □ Comprometido □

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Alterações do curso: Taquipsiquismo □ Bradipsiquimo □ Fuga de ideias □ Pensamento circunstanciado □ Tangencialidade □ Bloqueio do pensamento □ Pensamento perserverante □

Alterações da forma: Descarrilamento □ Pensamento fragmentado □ Pensamento desagregado □

Alterações da posse: Ideias obsessivas □ Alienação do pensamento (influenciamento / roubo / difusão) □

Alterações do conteúdo: Humor delirante □ Percepção delirante □ Delírios □ **Especificação**: _____

Obs: _____

Humor, afetos e emoções: Não comprometido □ Comprometido □

Depressivo □ Euforia □ Expansão □ Disfórico □ Irritável □

Anedonia □ Embotamento afetivo □ Labilidade afetiva □ Ambivalência afetiva □ Rigidez afetiva □

Apatia/abulia □ Alexitimia □ Puerilidade □

Ansiedade □ Luto □ Fobia □ **Especificação**: _____

Vontade de viver mesmo em situações difíceis □

Obs: _____

Motricidade – movimentos espontâneos: Não comprometida □ Comprometida □ Inquietude motora □ Agitação psicomotora □ Lentificação psicomotora □ Inibição psicomotora □Bloqueio ou obstrução □ Estupor □ Paracinesias (maneirismos / estereotipias) □ Tiques□Mioclonias □ Tremor de repouso □

Obs: _____

Motricidade- movimentos dirigidos: Não comprometida □ Comprometida □

Obediência automática □ Ecopraxia □ Perseveração □ Oposição/negativismo □ Ambitendência □

Obs: _____

Energia Vital, vontade e impulsividade: Não comprometida □ Comprometida □

Hiperbulia □ Hipobulia □ Abulia□ Indecisão ou ambivalência volitiva □ Obediência automática □

Atos impulsivos □

Obs: _____

Comportamentos heteroagressivos: Não presente □ Presente □

Obs: _____

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Comportamentos autoagressivos: Não presente □ Presente □

Expressa sentimentos/ideação suicida □

Tentativas de suicídio anteriores □

Verbaliza não controlar o impulso □ Refere

obsessões suicidas □

Não procura ajuda ou tratamento □

Apresenta plano suicida delineado □

Refere acumulação de ideias para auto induzir ferimentos □

Automutila-se com frequência □

Obs: _____

Ingestão de alimentos: Não comprometida □ Comprometida □

Apetite diminuído □ Apetite aumentado □ Anorexia □ Bulimia □

Obs: _____

Reparação (sono): Não comprometido □ Comprometido □

Nº de horas sono habituais / noite: _____

Insónias: Inicial □ Intermédia □ Terminal □ Total □

Pesadelos: SIM □ NÃO □

Medidas farmacológicas / não farmacológicas habituais:

_____

Insight: Ausente □ Presente □ Diminuído □ **Capacidade**

de processar informação: Sim □ Não □**Dificuldade na**

Concentração: Sim □ Não □

Juízo Critico: Ausente □ Presente □ Diminuído □

Adaptação:

Aceita o seu estado de saúde □ Não aceita o seu estado de saúde □

Não utiliza estratégias de coping eficazes □

Não mantém o desempenho de papéis, ou relações sociais □

Incapaz de gerir o ambiente e os estímulos sensoriais □

Obs: _____

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Tomada de Decisão:

Capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas: Sim □ Não □

Fazer escolhas que afetam o próprio ou terceiros: Sim □ Não □

Obs: _____

Crenças:

Convicção de conseguir desempenhar comportamentos saudáveis □

Convicção de que a saúde é prioritária □

Crença religiosa: _____

Obs: _____

Sentimento de auto-estima: Diminuído □ Normal □ Aumentado □

Imagem corporal : Preservada □ Alterada □

Interação social:

Participa em trocas sociais: Sim □ Não □

Pontos Favoráveis	Pontos Desfavoráveis

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Data	Outros Fenómens de Enfermagem / Observações	Assinatura

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

ESTRATÉGIAS PARA UMA BOA SAÚDE MENTAL		
TAREFAS	✓	×
Manter uma alimentação saudável		
Ingerir bastante água		
Praticar exercício físico		
Descansar – dormir cerca de 8h por noite		
Cumprir e gerir o regime terapêutico		
Apanhar sol		
Estar em contacto com a natureza		
Rodear-se de energias positivas		
Conviver com a família e/ou amigos		
Reforçar os laços afetivos		
Adotar animal de estimação		
Colocar-se em primeiro lugar		
Dedicar um tempo a si		
Sair de casa		
Fazer alguma coisa diferente		
Cuidar de si		
Respeitar o seu corpo		
Ser mais paciente consigo mesmo		
Valorizar as suas conquistas		
Estabelecer objetivos e metas realistas		
Estabelecer prioridades		
Estabelecer rotinas		
Planear a semana		
Diminuir o tempo online		
Realizar atividades que lhe transmitam bem-estar		
Exprimir-se		
Saber pedir ajuda		
Conversar sobre os seus sentimentos e preocupações com alguém da sua confiança		
Procurar ajuda de um profissional sempre que necessário		

Apêndice III: Programa “CUIDAR(me)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

PROGRAMA CUIDAR(me)

Prevenção do *Burnout* do cuidador informal da pessoa com demência

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Coimbra, 2023

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

PROGRAMA CUIDAR(me)

Prevenção do *Burnout* do cuidador informal da pessoa com demência

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação tutorial do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted] e orientação pedagógica do Professor [redacted]

Coimbra, 2023

Contextualização:

Cuidar de uma pessoa dependente constitui uma tarefa complexa, em que o cuidador deve detetar as necessidades da pessoa e saber como satisfazê-la (Sequeira & Ferré-Grau, 2020).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde de 2017, a demência afeta mais de 55 milhões de pessoas em todo o mundo, reconhecendo os cuidados a estas pessoas com uma prioridade de saúde pública. Assim, os cuidadores informais assumem um papel fulcral para a prestação de cuidados nas pessoas com demência, sendo estes normalmente membros da família (Christie et al., 2018; Grunfeld et al., 1997; Karsch, 2003).

Sendo a demência uma patologia que provoca diversas alterações cognitivas e comportamentais, esta implica uma sobrecarga física e emocional para quem cuida (Sequeira & Ferré-Grau, 2020). Implica que o cuidador se organize em função das necessidades da pessoa alvo dos cuidados, alterando assim as suas rotinas e o seu quotidiano. Este esforço por parte do cuidador gera nele sentimentos de ambivalência. Se por um lado sente satisfação em cuidar do seu familiar ou "cumprir com o seu dever", por outro é confrontado com o desgaste físico e emocional associado (Sequeira & Ferré-Grau, 2020).

A falta de conhecimentos, preparação e suporte social por parte dos cuidadores informais, bem como as exigências associadas, conduz ao aumento do *stress* e sobrecarga e, consequentemente, ao *burnout (*Pinto, 2021). Para além disso, também é possível identificar perturbações de ansiedade, depressão e diversos distúrbios adaptativos com sentimentos persistentes de raiva, culpa e perda que geram um mal-estar emocional persistente no cuidador informal (Sequeira & Ferré-Grau, 2020). É de salientar que cuidadores de pessoas com demência experimentam, habitualmente, consequências mais negativas, em relação aos cuidadores de outras patologias, sendo que quanto maior a progressão da doença na pessoa com demência, alterações na personalidade e comportamento e os sintomas neuropsiquiátricos, também maior a sobrecarga associada ao cuidador (Moise et al., 2004; Torti et al., 2004).

O termo *burnout* foi definido por Maslach et al. (1996) como uma síndrome tridimensional que pode refletir exaustão emocional, baixa realização pessoal e

despersonalização. A exaustão emocional trata-se da sobrecarga sentida pelo cuidador e do sentimento de incapacidade para continuar a prestação de cuidados (Goodwin et al.,2017). A baixa realização pessoal dá-se devido a uma autoavaliação negativa e a um sentimento de insatisfação com o seu trabalho, percecionando uma diminuição das suas competências laborais (Maslach et al., 2001). Existem, portanto, sentimentos de infelicidade para consigo mesmo e insatisfação com o trabalho realizado (Maslach, et al., 2001). Por sua vez, a despersonalização diz respeito a atitudes menos humanas para com o doente, que pode fazer com que os cuidadores sintam que estes merecem as suas problemáticas (Maslach et al., 1996). Normalmente, os cuidadores mais dedicados ao trabalho que percecionam que os seus esforços não estão a ser suficientes para atingir os objetivos, são os que tendem a desenvolver exaustão emocional e despersonalização (Maslach, et al., 2001).

De acordo com Lindström et al. (2011), os cuidadores informais tendem a ter níveis elevados de *burnout* quando percebem a sua vida mais agitada e com menos tempo livre para si mesmos. Sentimentos como ter de desistir de coisas importantes e da redução da vida social e, consequentemente, a perda de amigos, podem ter um impacto no relacionamento com a pessoa dependente (Williams et al., 2016).

Assim, o melhor tratamento para diminuir esta sobrecarga e/ou mal-estar e, consequentemente, o *burnout* do cuidador informal, é a sua prevenção (Sequeira & Ferré-Grau, 2020).

Todos os cuidadores necessitam de informações e educação relativamente aos cuidados a prestar em cada situação, assim como suporte e esclarecimento das questões que possam surgir (Andrade, 2009). Marques et al. (2012) referem a formação como um aspeto fundamental, para melhor cuidar da pessoa dependente.

Desta forma, uma vez que a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [redacted] constitui a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), onde o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) desenvolve trabalho no apoio ao cuidador informal e onde a prevalência de situações de pessoas com demência é elevada torna-se pertinente a elaboração do presente programa, denominado de "CUIDAR(me) – Prevenção do *Burnout* no cuidador informal da pessoa com demência".

Contexto: ECCI – [redacted]

Finalidade: Prevenir o *burnout* no cuidador informal da pessoa com demência

Objetivos:

- Consciencializar o cuidador informal para os sinais de *burnout*;
- Capacitar o cuidador informal da pessoa com demência;
- Capacitar o cuidador informal para comunicar com o doente com demência;
- Promover a gestão eficaz das emoções;
- Reduzir o stress do cuidador informal da pessoa com demência;
- Promover a qualidade de cuidados prestados ao doente com demência.

População Alvo: Cuidadores informais de pessoas com demência que estejam abrangidos pela ECCI da [redacted] e agregado familiar.

Critérios de inclusão: Cuidadores informais de pessoas com demência que estejam abrangidos pela ECCI da [redacted], durante o período temporal de 5/junho/2023 a 07/julho/2023, e agregado familiar que possa servir de apoio.

Duração: 5 semanas.

Recursos: EESMP, computador, motorista, material de escrita, material de apoio para entregar ao cuidador informal.

Parcerias: [redacted]

Atividades a desenvolver: O programa terá desenvolvimento ao longo de 5 sessões (Apêndice I). Inicialmente será realizada uma primeira sessão, com o intuito de percecionar quais os conhecimentos existentes por parte do cuidador informal e respetivo agregado familiar que possa servir de suporte (fator protetor), bem como a identificação das principais dificuldades e aplicação da Escala Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Anexo I) que espelha a sobrecarga sentida pelo cuidador informal. Seguidamente, serão realizadas duas sessões, tendo por base a psicoeducação onde serão abordados os temas *burnout*, demência e estratégias de comunicação para com o doente com demência e gestão do ambiente. No final desta terceira sessão, também será realizado um role-play com intuito de treinar os conhecimentos adquiridos. Numa quarta sessão será realizado o treino de autocontrolo para situações de *stress* induzidas pelo cuidar da pessoa com demência, tendo por base as dificuldades ainda sentidas e será instruída e treinada a técnica PROARR: Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir, Responder (Queirós, 2014 cit. Freitas e Mendes, 2020). Por fim, numa última sessão (sessão *follow-up*) será realizada uma reflexão sobre o programa e os conhecimentos e técnicas apreendidas e será novamente aplicada a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

É de salientar que será disponibilizado ao cuidador informal também algum material de apoio que lhe permita a interiorização dos conhecimentos adquiridos e a sua aplicação.

Avaliação de resultados: Para a avaliação dos resultados será utilizada a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. Este instrumento será aplicado na sessão 1 e, posteriormente, na última sessão, designada *follow-up*. Para além disso serão utilizados indicadores de resultados (Apêndice II). Também será solicitado o feedback no término de cada sessão de forma a corrigir e/ou identificar necessidades existentes.

Referências bibliográficas:

Andrade, F. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Christie, H., Bartels, S., Boots, L., Tange, H., Verhey, F. & Vugt, M. (2018). A systematic review on the implementation of eHealth interventions for informal caregivers of people with dementia. *Internet Interventions*, 51-59.

Ferré- Grau, C. & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de Saúde Mental e os Cuidadores. In. C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Lidel. 313-317

Freitas, D. & Mendes, R (2020). Treino do Autocontrolo. In. C. Sequeira & F. Sampaio (Eds). Enfermagem em Saúde Mental. Lidel. 196-198

Goodwin, J., McCormack, L. & Campbell, L. E. (2017). “You don’t know until you get there”: the positive and negative “lived” experience of parenting an adult child with 22q11.2 deletion syndrome. *Health Psychology*, 45–54.

Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I. & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to care- givers. *Canadian Medical Association Journal*, v. 15, 1101-1105.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 861-866.

Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*. 100, 1011–1017.

Marques, M., Teixeira, H., & Souza, D. (2012). Trabalho Educação Saúde. Cuidadores Informais de Portugal: Vivências do Cuidar de Idosos. 147-159.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual (3ª ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52. 397-422.

Moise, P., Schwarzinger, M., Um, M. Y., & Group, D. E. (2004). Dementia Care in 9OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD Health Working Papers.

Pinto, P. (2021). *Burnout* nos cuidadores informais de pessoas com demência: o impacto da vinculação e das estratégias de *coping*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Torti, F., Gwyther L., Reed, S., Friedman, J. & Schulman, A. (2004) A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18 (2), 99–109.

Williams, A., Sethi, B., Duggleby, W., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Peacock, S. & Ghosh, S. (2016). A Canadian qualitative study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. *International Journal* for *Equity* in *Health*, 15-40.

World Health Organization (2017). Global action plano n the public health response to dementia 2017-2025.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Organização das sessões

<table>
<tr><th colspan="2">Sessão 1</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Apresentação do projeto, equipa de EESMP dinamizadora (5 min);
Preenchimento da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Anexo 1) (10 min);
Brainstorming sobre o cuidar da pessoa com demência e o stress que daí advém (10 min);
Promoção da expressão de expectativas/emoções em relação ao projeto (15 min).

</td></tr>
<tr><td>Objetivos:
Promover ambiente de confiança, favorecedor da expressão de emoções;
Colher informação para adequação de conteúdos a abordar nas sessões seguinte;
Colher dados para posterior avaliação.</td><td rowspan="2">Avaliação:
Análise dos resultados obtidos no instrumento aplicado (Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit);
Recolha e análise de dados qualitativos referentes às expectativas expressas/dificuldades sentidas.</td></tr>
<tr><td>Recursos: material de escrita, motorista para deslocação até ao domicílio.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Sessão 2</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Psicoeducação sobre o Burnout (conceito, sinais, sintomas, causas, fatores protetores, gestão do stress) (20 min);
Psicoeducação sobre demência (tipos de demência, sinais, sintomas e formas de lidar com a doença) (20 min);
Momento de discussão e expressão de emoções (10 min).
Solicitar feedback sobre a sessão em resposta aberta, escrita em papel (5min)

</td></tr>
<tr><td>Objetivos:
Promover o aumento de conhecimentos sobre burnout e demência;
Promover a identificação de sinais de burnout;</td><td>Avaliação:
Participação do cuidador informal e agregado familiar na formação;</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>

- Promover a compreensão dos sinais e sintomas das diferentes demências.
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com demência.

</td><td rowspan="2">

- Análise das respostas escritas.

</td></tr>
<tr><td>

Recursos: Computador, material de escrita, motorista para deslocação para o domicílio, material de apoio sobre temáticas abordadas para fornecer ao cuidador informal

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sessão 3</td></tr>
<tr><td colspan="2">

- Psicoeducação sobre técnicas de comunicação com a pessoa com demência e gestão do ambiente, tendo em conta a perda de memória e desorientação existentes (20 min.);
- *Role-Play* para treino das técnicas de comunicação: simulação de situações de pessoa com demência agitada, com delírio (25 min);
- Promover momento para a expressão de opiniões, sentimentos e dificuldades face ao *Role-Play* (10 min);
- Solicitar feedback sobre a sessão em resposta aberta, escrita em papel (5min)

</td></tr>
<tr><td>

Objetivos:

- Capacitar os cuidadores informais para comunicar com o doente com demência;
- Desenvolver estratégias para contornar situações de *stress* causadas pela dificuldade em comunicar com a pessoa com demência;

</td><td rowspan="2">

Avaliação:

- Participação dos formandos na formação;
- Análise das respostas escritas.

</td></tr>
<tr><td>

Recursos: computador, material de escrita, motorista para deslocação a domicílio, material de apoio sobre temáticas abordadas para fornecer ao cuidador informal.

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sessão 4</td></tr>
<tr><td colspan="2">

- Treino de autocontrolo para situações de *stress* induzidas pelo cuidar da pessoa com demência:
  - identificar situações gatilho, comportamento habitual e comportamento desejável (10 min);
  - promover a discussão e reflexão sobre as respostas obtidas (20 min);
  - instrução e treino da técnica PROARR: Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir, Responder (Queirós, 2014 cit. Freitas e Mendes, 2020), através de Role-play (25 min).
- Solicitar o treino da técnica como TPC, para discussão em grupo na sessão seguinte;
- Solicitar feedback sobre a sessão em resposta aberta, escrita em papel (5min)

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Objetivos:
Capacitar os cuidadores informais para a gestão de emoções negativas;
Reduzir os níveis de sobrecarga do cuidador informal;
Promover a expressão de emoções.</td><td rowspan="2">Avaliação:
Participação dos formandos na formação;
Análise das respostas escritas.</td></tr>
<tr><td>Recursos: Computador, material de escrita, motorista para deslocação a domicílio,</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sessão 5</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sessão de Follow up:
Questionar sobre sentimentos e emoções relacionados com a temática do projeto;
Questionar sobre utilidade das técnicas aprendidas;
Questionar sobre a aplicação prática dos conhecimentos e técnicas aprendidas.
Preenchimento da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Anexo I);
Encerramento da sessão, com elogio aos participantes.</td></tr>
<tr><td>Objetivos:
Perceber o impacto do programa nos cuidadores informais que cuidam a pessoa com demência.</td><td rowspan="2">Avaliação:
Análise dos resultados obtidos nos instrumentos e compará-los com os scores obtidos na primeira sessão;
Análise qualitativa dos sentimentos expressos na sessão.</td></tr>
<tr><td>Recursos: Material de escrita, motorista para deslocação a domicílio.</td></tr>
</table>

APÊNDICE II – Indicadores de resultado NOC

Indicador NOC: Bem estar do cuidador - 2508

Dominio: VI – Saúde Familiar
Classe: Z – Estado de Saúde do Membro da Família
Escala: Nem um pouco satisfeito (1) a completamente satisfeito (5)

Indicadores:

250801 Saúde Física

250802 Saúde Psicológica

250803 Estilo de Vida

250806 Suporte social

250808 Relações sociais

250813 Capacidade de enfrentamento

250809 Papel do Cuidador

Indicador NOC: Bem-estar pessoal - 2002

Domínio: V – Saúde percebida
Classe: U – Saúde e Qualidade de Vida
Escala: Nem um pouco satisfeito (1) a completamente satisfeito (5)

Indicadores:

200212 Desempenho dos papeis usuais

200208 Capacidade para relaxar

200209 Nível de felicidade

200210 Capacidade de expressar emoções

200213 Capacidade de controlar atividades

Indicador NOC: Desempenho do Cuidador: cuidados diretos - 2205

Domínio: VI – Saúde Familiar
Classe: W – Desempenho do cuidador da família
Escala: Não adequado (1) a totalmente adequado (5)

Indicadores:

200212 Desempenho dos papeis usuais

200208 Capacidade para relaxar

200209 Nível de felicidade

200210 Capacidade de expressar emoções

200213 Capacidade de controlar atividades

Indicador NOC: Relacionamento cuidador-paciente - 2204

Domínio: VI – Saúde Familiar
Classe: W – Desempenho do cuidador da família
Escala: Nunca positivo (1) a consistentemente positivo (5)

Indicadores:

220401: Comunicação eficaz

Indicador NOC: Ruptura no estilo de vida do cuidador – 2203

Domínio: VI – Saúde Familiar
Classe: W – Desempenho do cuidador da família
Escala: Grave a nenhum e gravemente comprometido a não comprometido

Indicadores:

220315 – Ruptura da rotina

220302 – Sono

220303 – Flexibilidade do papel

220305 – Relacionamentos com membros da família

220308 – Atividades recreativas

220313 – Relacionamento com amigos

220309 – Produtividade no trabalho

ANEXOS

ANEXO I: Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL **Escala Zarit (SCLinico)**

Data: ___/___/_____

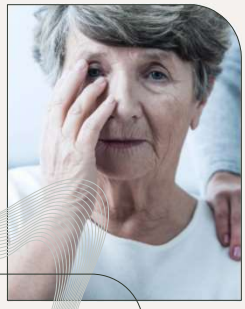
Nome do Cuidador				Assinatura Cuidador Responsável pelo preenchimento:		
CI		**NºSNS**				
Nome Pessoa Cuidada						
PC		**NºSNS**				
Nº	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?					
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao se familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					
	TOTAL					
	Inferior a 46 = Sem sobrecarga;					
	Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;					
	Superior a 56 = Sobrecarga intensa.					

Como cuidar da pessoa com demência

Apoio ao cuidador informal



1



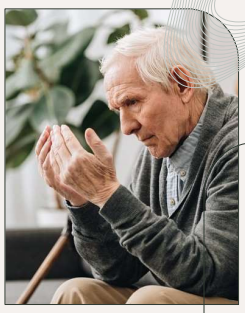
Demência

Afeta 55 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2017)

2

Em que consiste?

Declinio de uma ou várias funções cognitivas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a execução e planeamento de tarefas, em grau suficiente para afetar o normal funcionamento da pessoa nas suas tarefas.



3

Sinais e sintomas

01 Perda de memória

02 Dificuldades na orientação

03 Dificuldades na comunicação

04 Dificuldade na realização de tarefas e perda de interesse

05 Alterações do humor e do comportamento

06 Alterações do sono e do apetite

4

Alguns fatores de risco

Idade
Com o avançar da idade há um maior risco de desenvolvimento da doença

Doenças prévias
Por exemplo hipertensão arterial

Estilo de vida não saudável
Consumo de álcool ou drogas, sedentarismo

IMPORTANTE MANTER ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

5

Tipos de demência



6

01

Demência de Alzheimer

60% dos casos
Afeta primeiro a memória e depois as outras funções cerebrais

02

Demência Vascular

Segunda causa mais comum
Em consequência de doenças cerebrovasculares, como por exemplo AVC

7

03

Demência de Corpos de Lewy

Dificuldade de atenção e concentração, de avaliação de distâncias (maior risco de queda), tremores e rigidez muscular

04

Demência Frontotemporal

Alterações do comportamento e da personalidade. Problemas de memória são mais tardios

8



Como lidar com a perda de memória?

Muito frequente na demência, interferindo nas rotinas diárias da pessoa

9

Tentar manter uma atitude positiva e fomentar a tranquilidade:

•Quando tentar resolver um problema causado por perda de memória, é importante ter em conta não só o problema, mas também o que a **pessoa com demência pode estar a sentir em consequência disso**. Esquecer-se do sítio onde estão as chávenas, por exemplo, não é na realidade um problema, porque qualquer pessoa pode mostrar onde elas estão, mas a pessoa com demência pode-se sentir embaraçada, inútil, com raiva ou frustrada por causa disso.

Não levar o comportamento a peito:

•É muito importante ter presente de que o seu **comportamento é uma consequência da doença**.

Evitar chamar demasiado a atenção para erros e problemas:

•Muitas vezes não há necessidade de chamar a atenção para erros. Por exemplo, quando está a falar para alguém com demência, pode utilizar uma palavra inapropriada por não se lembrar da palavra correta. Pode sentir-se inclinado a corrigir a pessoa, ou fazê-lo mesmo automaticamente. Mas é **importante que o não faça**.

10

Utilizar auxiliares de memória:

•Para além das ajudas visuais, pode ajudar usar lembranças, tais como um diário, um quadro para tomar notas, sinais nas portas, folhas autocolantes ("post-it") no frigorífico, calendários (em que vai riscando os dias), relógios (com um mostrador sem enfeites e com um tic-tac alto), fotografias (com nomes escritos por baixo) ou um livro de visitas.

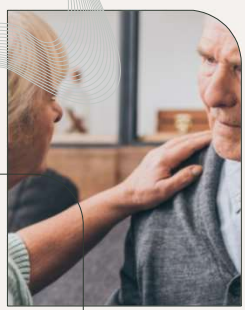
Adaptar as coisas em casa e evitar fazer mudanças desnecessárias:

•Dado que as pessoas com demência perdem a capacidade de aprender, porque perdem a memória, o **melhor é adaptar a situação**, ou o meio em redor, às suas necessidades, mais do que tentar ensiná-la como adaptar-se às suas próprias capacidades em mudança.

Criar rotinas:

•A rotina do dia-a-dia pode também ajudar a pessoa a lidar com a situação. Pode parecer monótono fazer as coisas sempre da mesma maneira, mas para quem tem demência isso pode ajudar a prevenir a ansiedade, evitar a confusão e ajudar a pessoa a poupar o seu tempo e os seus esforços para outras coisas.

11



Como comunicar com a pessoa com demência?

Os problemas de comunicação são constantes na demência e vão agravando ao longo do tempo

12



Alterações na comunicação na pessoa com demência

- Dificuldade em encontrar e selecionar as palavras corretas (pausas longas, palavras erradas)
- Dificuldade em expressar-se
- Dificuldade em seguir uma conversa
- Frases curtas com erros gramaticais
- Discurso vazio com pouco conteúdo informativo
- Dificuldade na compreensão do que é dito
- Dificuldade em recordar eventos recentes
- Repetição da informação
- Dificuldades na leitura e na escrita

13

Sentar-se de frente para a pessoa e tentar encorajá-la a falar.

Simplificar a informação

- Utilizar frases curtas e simples
- Sempre que possível faça também gestos simples durante a conversação, pois facilitam a compreensão do que está a dizer
- Pergunte apenas uma coisa de cada vez.

Dar tempo de resposta

- A perda de memória dificulta a formulação de uma resposta. Responder pela pessoa ou apressar a sua resposta podem fazer com que a pessoa com demência desista de comunicar.

14

Estar preparado para repetir

- A comunicação com uma pessoa com demência irá certamente ter frases e perguntas repetidas. Embora possa ser frustrante para o cuidador, a repetição é fundamental para securizar a pessoa. Apontar o facto só vai aumentar a angústia da pessoa com demência e desencorajá-la de comunicar

Utilizar todas as formas de comunicação

- É importante utilizar todas as formas de comunicação possíveis. Utilize gestos durante a conversação para reforçar a sua mensagem. Esteja atento aos sinais "não verbais" da pessoa com demência como as expressões faciais e a linguagem corporal pois são um valioso suporte à comunicação

15

Não infantilizar

- O declínio cognitivo não significa que o adulto passe a ser uma criança. As atitudes de infantilização são facilmente detectadas por um adulto com demência e diminuem a sua auto-estima, confiança e dignidade e podem aumentar as atitudes violentas.

Evitar chamar a atenção para os defeitos na comunicação.

Manter uma atitude positiva:

- Assumir uma atitude não crítica, e permanecer calmo, dá mais hipóteses de que a pessoa com demência continue a querer comunicar. É preferível ser o primeiro a tomar a iniciativa de falar com a pessoa sobre qualquer coisa que ele (ou ela) ache interessante. Pode também tentar envolver a pessoa nas conversas com outras pessoas.

16

Adaptar o seu estilo de linguagem e o seu tom de voz (sem parecer artificial):

- Dado que muitos dos problemas de comunicação das pessoas com demência estão de qualquer forma relacionados com a perda de memória, pode ajudar repetir o que foi dito, fixando e recapitulando coisas que foram citadas entretanto, dando pistas quando nota uma hesitação, e chamando mais vezes pelo nome da pessoa. Se a pessoa não tiver percebido qualquer coisa, pode repetir o que foi dito de outra forma. Mas se a sua frase foi simples e específica, não repita de uma forma diferente, porque isso pode fazer com que ele fique frustrado. Aguarde e repita outra vez a mesma frase. Se lhe parecer que ficou preso a uma palavra, pode dar uma sugestão. Por vezes as pessoas com demência usam só uma vez uma palavra mal numa frase. A chave para o que eles pretendem dizer está frequentemente nessa palavra, como por exemplo relógio em vez de tempo, pato em vez de fato, ou chuva em vez de água. Em todo o caso é importante transmitir a ideia de que não está a chamar a atenção nem a reforçar os problemas da pessoa. Também deve esforçar-se por não dar assistência antes de ser necessário, ou tomar o comando, porque isso poderia fazer diminuir os incentivos para tentar. A pessoa pode simplesmente necessitar de mais tempo para compreender o que foi dito e para responder. Tente dar respostas simples, de preferência aquelas que só requeiram um sim, ou um não como resposta

17

Importante

Gerir o ambiente

Diminuir o ruído e as distrações

Contacto físico pode ser um meio efetivo para a comunicação com a pessoa com demência

O toque, caso receptivo, pode transmitir segurança e apoio

Utilização de mensagens/figuras/símbolos como transmissão de informação e auxiliares de memória



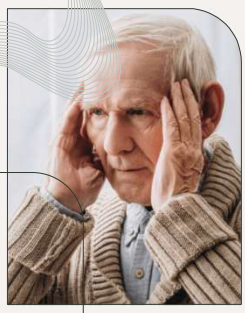
Post-its, estrategicamente colocados, são úteis para deixar mensagens, como por exemplo: "Não se esqueça de fechar a porta". A fim de evitar causar confusão, é preferível deixar duas folhas, em lugar de duas mensagens na mesma folha, e não ter demasiadas folhas. **As capacidades das pessoas podem mudar ao longo do tempo, por isso é uma boa ideia verificar ocasionalmente se a pessoa com demência consegue ainda ler, e se percebe o que as palavras significam**. Pode também pôr letreiros nas gavetas, nos armários e nas portas, para assinalar o que contém. Podem ser associados símbolos ou figuras para facilitar a compreensão, desde que sejam claros e não abstratos.

18

10 MANDAMENTOS PARA A APROXIMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM DEMÊNCIA

Permanecerás próximo da pessoa	Falarás devagar e com clareza	Usarás o nome da pessoa	Usarás frases simples, curtas e concretas	Tocarás o corpo da pessoa
Completarás as tuas palavras com gestos	Ficarás à altura da pessoa, frente a frente	Dirás uma mensagem de cada vez	Deverás estabelecer contacto com os olhos	Usarás frases afirmativas

19



Como lidar com a desorientação?

Muito frequente na demência, interferindo nas rotinas diárias da pessoa

20

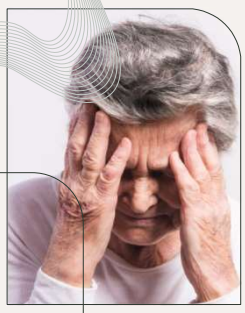
Criar rotinas

- Como se vai tornando difícil para a pessoa com demência organizar-se no tempo, é uma ajuda se criar uma rotina, com vários intervalos ao longo do dia, mas de alguma forma estruturada.

Manter ambiente estável sem grandes mudanças

- Mudar a pessoa de um lugar para o outro, vai provavelmente aumentar a desorientação. Por isso, se houver outros familiares com quem divide a prestação de cuidados, é preferível que sejam eles a virem ter com a pessoa demente, do que andar com ela de casa em casa. Quanto mais familiar for o meio ambiente, mais fácil será para a pessoa sentir-se confortável e em casa.

21



Como lidar com a agitação?

Quando estão agitadas ou nervosas, em regra, as pessoas com demência ficam mais inquietas e irritadas

22

- Mantenha a calma e fale baixo
- Não se aproxime muito, para que a pessoa não se sinta ameaçada
- Dê-lhe algo que lhe mantenha as mãos ocupadas
  - Por exemplo, um lenço de assoar, ou um terço
- Arranje uma ocupação útil
  - Por exemplo: dobrar roupa
- Um gole de água pode ajudar a acalmar
- Realizar passeio ao ar livre
- Recurso à música
  - De acordo com os gostos da pessoa com demência

23

Síndrome do pôr-do-sol

Estado de confusão mental que acomete pessoas com demência, como a doença de Alzheimer, quando o dia vai chegando ao fim e durante o começo da noite.

Altere horários de forma a evitar o síndrome do pôr-do-sol

- As pessoas com demência podem agravar a confusão mental ao entardecer, devendo neste horário serem reduzidos estímulos que gerem agitação, como por exemplo visitas, banho e barulho.

Corte as bebidas que contenham cafeína

- Por exemplo chá, café e chocolate quente

Reduza os estímulos

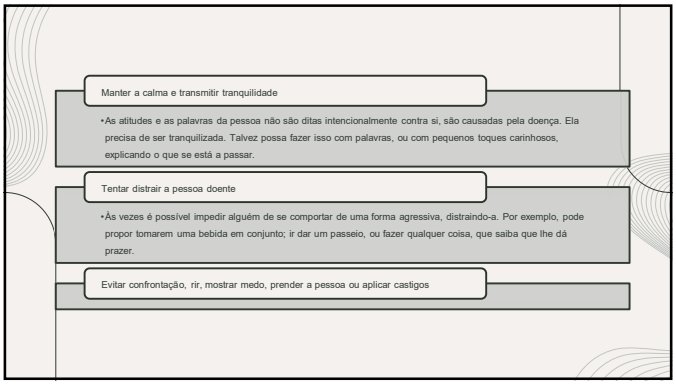
- Por exemplo, evitar demasiado barulho, pessoas em excesso, alterações desnecessárias e atividade excessiva

Consulte o serviço de saúde, se a pessoa andar demasiado agitada.

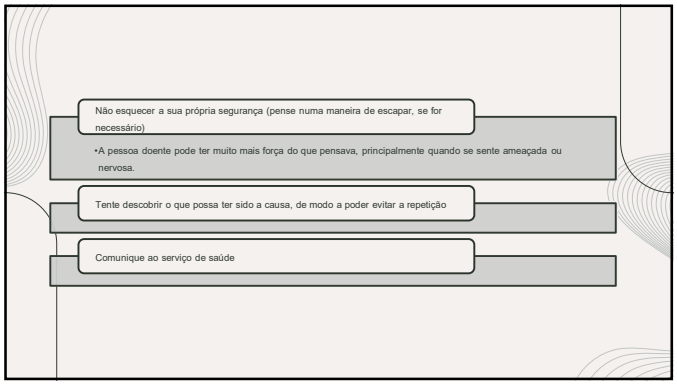
24



25



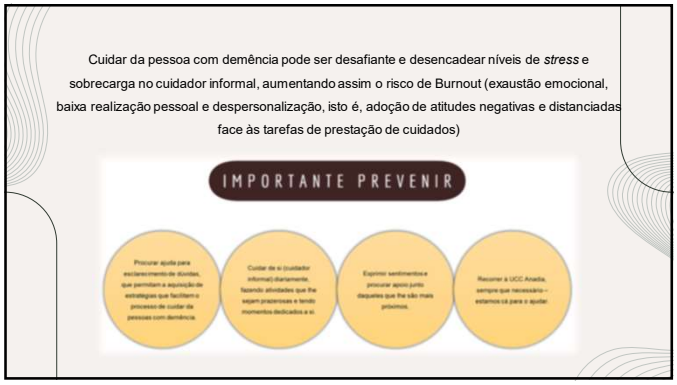
26



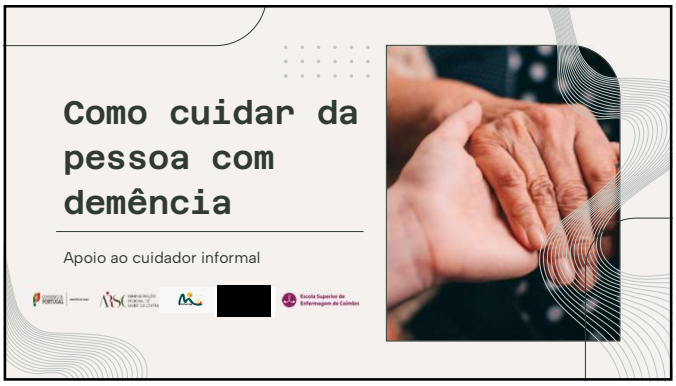
27



28



29



30



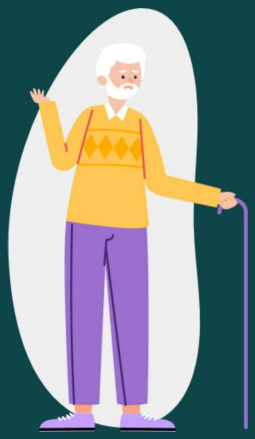
Fatores de risco

Idade
Hipertensão arterial
Consumos de álcool
e drogas
Sedentarismo

Importante manter estilo de vida saudável

Sinais e sintomas

Perda da memória
Dificuldade em perceber o tempo e o espaço
Dificuldade na comunicação oral e escrita e uso de palavras erradas
Perda de objetos comuns e dificuldade em tarefas diárias
Perda de iniciativa e de interesses
Alterações do humor e de personalidade, irritabilidade inexplicável
Alterações do comportamento
Alucinações
Alterações do sono
Alterações do apetite





DEMÊNCIA

Declínio de uma ou várias funções cognitivas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a execução e planeamento de tarefas, em grau suficiente para perturbar o normal funcionamento da pessoa nas suas atividades diárias.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Tipos de demência:

01 **Demência de Alzheimer:** **Cerca de 60% dos casos.** Afeta em primeiro lugar a memória e, posteriormente, outras competências cognitivas (funções cerebrais) como a linguagem, a atenção, a orientação e a capacidade de raciocínio. Como consequência surgem alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional que comprometem progressivamente as atividades de vida diária. Os níveis de progressão são bastante diferentes de pessoa para pessoa.

02 **Demência Vascular:** **Segunda causa mais comum.** Em consequência dos vários tipos de patologia cerebrovascular, como por exemplo de um AVC.

03 **Demência de Corpos de Lewy:** **4 a 25% das demências.** Dificuldades de atenção e concentração, alucinações visuais e dificuldade na avaliação de distâncias (maior risco de quedas), estados confusionais e desorientação (temporários e flutuantes), tremores e rigidez muscular (Parkinsonismo).

04 **Demência Frontotemporal:** alterações do comportamento e da personalidade, traduzidos essencialmente por: desinibição, apatia, perda de autocrítica, comportamentos repetitivos; discurso empobrecido. Os problemas de memória aparecem mais tardiamente, tornando mais difícil o diagnóstico





CUIDAR

da pessoa com demência

MANUAL DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Todos nós independentemente da idade desempenhamos um papel importante nesta peça que é a vida. Quer olhemos para trás ou para o porvir impressionemo-nos sempre com as nossas capacidades de dedicação ao bem-estar da Humanidade. Assim sejamos nós capazes de construir, na oficina da nossa alma, a milagrosa palavra amor, com as ferramentas do otimismo, da compaixão e fraternidade.

Marco Custódio

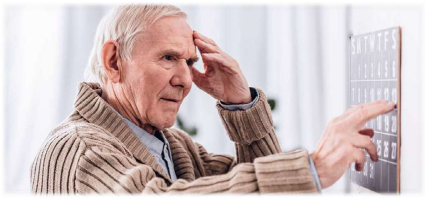
Demência

Afeta mais de 55 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2017). Cuidador informal assume um papel muito importante.

COMO LIDAR COM A PERDA DE MEMÓRIA?

MEMÓRIA

A perda de memória é muito frequente na demência, interferindo nas rotinas diárias da pessoa com demência e, consequentemente, do cuidador informal.



Tentar manter uma atitude positiva e fomentar a tranquilidade:

- Quando tentar resolver um problema causado por perda de memória, é importante ter em conta não só o problema, mas também o que a **pessoa com demência pode estar a sentir em consequência disso**. Esquecer-se do sítio onde estão as chávenas, por exemplo, não é na realidade um problema, porque qualquer pessoa pode mostrar onde elas estão, mas a pessoa com demência pode-se sentir embaraçada, inútil, com raiva ou frustrada por causa disso.

Não levar o comportamento a peito:

- É muito importante ter presente de que o seu **comportamento é uma consequência da doença**.

Evitar chamar demasiado a atenção para erros e problemas:

- Muitas vezes não há necessidade de chamar a atenção para erros. Por exemplo, quando está a falar para alguém com demência, pode utilizar uma palavra inapropriada por não se lembrar da palavra correta. Pode sentir-se inclinado a corrigir a pessoa, ou fazê-lo mesmo automaticamente. Mas é **importante que o não faça**.

Utilizar auxiliares de memória:

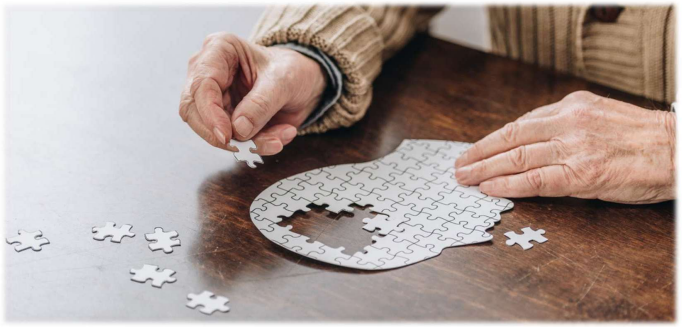
- Para além das ajudas visuais, pode ajudar usar lembranças, tais como um diário, um quadro para tomar notas, sinais nas portas, folhas autocolantes (“post-it”) no frigorífico, calendários (em que vai riscando os dias), relógios (com um mostrador sem enfeites e com um tic-tac alto), fotografias (com nomes escritos por baixo) ou um livro de visitas.

Adaptar as coisas em casa e evitar fazer mudanças desnecessárias:

- Dado que as pessoas com demência perdem a capacidade de aprender, porque perdem a memória, o **melhor é adaptar a situação**, ou o meio em redor, às suas necessidades, mais do que tentar ensiná-la como adaptar-se às suas próprias capacidades em mudança.

Criar rotinas:

- A rotina do dia-a-dia pode também ajudar a pessoa a lidar com a situação. Pode parecer monótono fazer as coisas sempre da mesma maneira, mas para quem tem demência isso pode ajudar a prevenir a ansiedade, evitar a confusão e ajudar a pessoa a poupar o seu tempo e os seus esforços para outras coisas.



COMO COMUNICAR COM A PESSOA COM DEMÊNCIA?

COMUNICAÇÃO

As pessoas com demência têm problemas de comunicação, que vão agravando à medida que o tempo passa.



- Dificuldade em encontrar e selecionar as palavras corretas (pausas longas, palavras erradas)
- Dificuldade em expressar-se
- Dificuldade em seguir uma conversa
- Frases curtas com erros gramaticais
- Discurso vazio com pouco conteúdo informativo
- Dificuldade na compreensão do que é dito
- Dificuldade em recordar eventos recentes
- Repetição da informação
- Dificuldades na leitura e na escrita

Alterações na comunicação na pessoa com demência



Sentar-se de frente para a pessoa e tentar encorajá-la a falar.

Simplificar a informação

- Utilizar frases curtas e simples
- Sempre que possível faça também gestos simples durante a conversação, pois facilitam a compreensão do que está a dizer
- Pergunte apenas uma coisa de cada vez.

Dar tempo de resposta

- A perda de memória dificulta a formulação de uma resposta. Responder pela pessoa ou apressar a sua resposta podem fazer com que a pessoa com demência desista de comunicar.

Estar preparado para repetir

- A comunicação com uma pessoa com demência irá certamente ter frases e perguntas repetidas. Embora possa ser frustrante para o cuidador, a repetição é fundamental para securizar a pessoa. Apontar o facto só vai aumentar a angústia da pessoa com demência e desencorajá-la de comunicar

Utilizar todas as formas de comunicação

- É importante utilizar todas as formas de comunicação possíveis. Utilize gestos durante a conversação para reforçar a sua mensagem. Esteja atento aos sinais “não verbais” da pessoa com demência como as expressões faciais e a linguagem corporal pois são um valioso suporte à comunicação



Não infantilizar

- O declínio cognitivo não significa que o adulto passe a ser uma criança. As atitudes de infantilização são facilmente detectadas por um adulto com demência e diminuem a sua auto-estima, confiança e dignidade e podem aumentar as atitudes violentas.

Evitar chamar a atenção para os defeitos na comunicação.

Adaptar o seu estilo de linguagem e o seu tom de voz (sem parecer artificial):

- Dado que muitos dos problemas de comunicação das pessoas com demência estão de qualquer forma relacionados com a perda de memória, pode ajudar repetir o que foi dito, fixando e recapitulando coisas que foram citadas entretanto, dando pistas quando nota uma hesitação, e chamando mais vezes pelo nome da pessoa. Se a pessoa não tiver percebido qualquer coisa, pode repetir o que foi dito de outra forma. Mas se a sua frase foi simples e específica, não repita de uma forma diferente, porque isso pode fazer com que ele fique frustrado. Aguarde e repita outra vez a mesma frase. Se lhe parecer que ficou preso a uma palavra, pode dar uma sugestão. Por vezes as pessoas com demência usam só uma vez uma palavra mal numa frase. A chave para o que eles pretendem dizer está frequentemente nessa palavra, como por exemplo relógio em vez de tempo, pato em vez de fato, ou chuva em vez de água. Em todo o caso é importante transmitir a ideia de que não está a chamar a atenção nem a reforçar os problemas da pessoa. Também deve esforçar-se por não dar assistência antes de ser necessário, ou tomar o comando, porque isso poderia fazer diminuir os incentivos para tentar. A pessoa pode simplesmente necessitar de mais tempo para compreender o que foi dito e para responder. Tente dar respostas simples, de preferência aquelas que só requeiram um sim, ou um não como resposta

Manter uma atitude positiva:

- Assumir uma atitude não crítica, e permanecer calmo, dá mais hipóteses de que a pessoa com demência continue a querer comunicar. É preferível ser o primeiro a tomar a iniciativa de falar com a pessoa sobre qualquer coisa que ele (ou ela) ache interessante. Pode também tentar envolver a pessoa nas conversas com outras pessoas.

Importante

Gerir o ambiente

Diminuir o ruído e as distrações

Contacto físico pode ser um meio efetivo para a comunicação com a pessoa com demência

O toque, caso receptivo, pode transmitir segurança e apoio



Utilização de mensagens/figuras/símbolos como transmissão de informação e auxiliares de memória

Post-its, estrategicamente colocados, são úteis para deixar mensagens, como por exemplo: “Não se esqueça de fechar a porta”. A fim de evitar causar confusão, é preferível deixar duas folhas, em lugar de duas mensagens na mesma folha, e não ter demasiadas folhas. **As capacidades das pessoas podem mudar ao longo do tempo, por isso é uma boa ideia verificar ocasionalmente se a pessoa com demência consegue ainda ler, e se percebe o que as palavras significam**. Pode também pôr letreiros nas gavetas, nos armários e nas portas, para assinalar o que contêm. Podem ser associados símbolos ou figuras para facilitar a compreensão, desde que sejam claros e não abstratos.

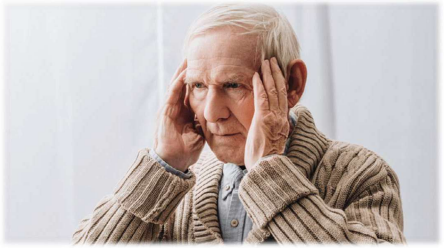
10 MANDAMENTOS PARA A APROXIMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM DEMÊNCIA

Permanecerás próximo da pessoa	Falarás devagar e com clareza
Usarás o nome da pessoa	Usarás frases simples, curtas e concretas
Tocarás o corpo da pessoa	Completarás as tuas palavras com gestos
Ficarás à altura da pessoa, frente a frente	Dirás uma mensagem de cada vez
Deverás estabelecer contacto com os olhos	Usarás frases afirmativas

COMO LIDAR COM A DESORIENTAÇÃO?

DESORIENTAÇÃO

As pessoas com demência ficam frequentemente desorientadas em relação ao tempo e ao espaço.



Criar rotinas

- Como se vai tornando difícil para a pessoa com demência organizar-se no tempo, é uma ajuda se criar uma rotina, com vários intervalos ao longo do dia, mas de alguma forma estruturada.

Manter ambiente estável sem grandes mudanças

- Mudar a pessoa de um lugar para o outro, vai provavelmente aumentar a desorientação. Por isso, se houver outros familiares com quem divide a prestação de cuidados, é preferível que sejam eles a virem ter com a pessoa demente, do que andar com ela de casa em casa. Quanto mais familiar for o meio ambiente, mais fácil será para a pessoa sentir-se confortável e em casa.



COMO LIDAR COM A AGITAÇÃO?

AGITAÇÃO

Quando estão agitadas ou nervosas, as pessoas com demência, em regra, parecem estar inquietas e irritáveis



Mantenha a calma e fale baixo

Não se aproxime muito, para que a pessoa não se sinta ameaçada

Dê-lhe algo que lhe mantenha as mãos ocupadas

- Por exemplo, um lenço de assoar, ou um terço

Arranje uma ocupação útil

- Por exemplo: dobrar roupa

Um gole de água pode ajudar a acalmar

Realizar passeio ao ar livre

Recurso à música

- De acordo com os gostos da pessoa com demência

Corte as bebidas que contenham cafeína

- Por exemplo chá, café e chocolate quente

Reduza os estímulos

- Por exemplo, evitar demasiado barulho, pessoas em excesso, alterações desnecessárias e atividade excessiva

Altere horários de forma a evitar o síndrome do pôr-do-sol

- As pessoas com demência podem agravar a confusão mental ao entardecer, devendo neste horário serem reduzidos estímulos que gerem agitação, como por exemplo visitas, banho e barulho.

Síndrome do pôr-do-sol

Estado de confusão mental que acomete pessoas com demência, como a doença de Alzheimer, quando o dia vai chegando ao fim e durante o começo da noite.

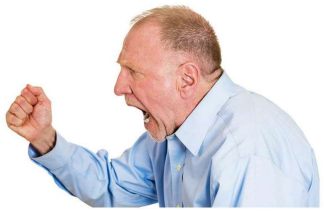
Recorra ao serviço de saúde, se a pessoa andar demasiado agitada.



COMO LIDAR COM COMPORTAMENTO AGRESSIVO?

AGRESSIVIDADE

As pessoas com demência comportam-se geralmente duma maneira agressiva, quer seja dum modo verbal, quer seja de forma física (se bem que a agressão verbal seja mais comum)



Manter a calma e transmitir tranquilidade

- As atitudes e as palavras da pessoa não são ditas intencionalmente contra si, são causadas pela doença. Ela precisa de ser tranquilizada. Talvez possa fazer isso com palavras, ou com pequenos toques carinhosos, explicando o que se está a passar.

Tentar distrair a pessoa doente

- Às vezes é possível impedir alguém de se comportar de uma forma agressiva, distraindo-a. Por exemplo, pode propor tomarem uma bebida em conjunto; ir dar um passeio, ou fazer qualquer coisa, que saiba que lhe dá prazer.

Evitar confrontação, rir, mostrar medo, prender a pessoa ou aplicar castigos

Não esquecer a sua própria segurança (pense numa maneira de escapar, se for necessário)

- A pessoa doente pode ter muito mais força do que pensava, principalmente quando se sente ameaçada ou nervosa.

Tente descobrir o que possa ter sido a causa, de modo a poder evitar a repetição

Recorra ao serviço de saúde, se recorrente

Burnout no cuidador informal

Cuidar da pessoa com demência pode ser desafiante e desencadear níveis de stress e sobrecarga no cuidador informal, aumentando assim o risco de Burnout (exaustão emocional, baixa realização pessoal e despersonalização, isto é, adoção de atitudes negativas e distanciadas face às tarefas de prestação de cuidados)

IMPORTANTE PREVENIR

Procurar ajuda para esclarecimentos de dúvidas, que permitam a aquisição de estratégias facilitadoras do processo de cuidar da pessoa com demência

Cuidar de si (cuidador informal) diariamente, realizando atividade que lhe sejam prazerosas

Exprimir sentimentos e procurar apoio junto daqueles que lhe são mais próximos

Recorrer à UCC Anadia sempre que necessário

[redacted]

[redacted]

Qualquer dúvida não hesite em contactar... estamos aqui para si!

CUIDAR

da pessoa com demência

MANUAL DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

1. O que é a demência? E quais os principais sintomas?
2. O consumo de substâncias como o álcool e a hipertensão arterial são fatores de risco para o desenvolvimento de demência?
3. A pessoa com demência apresenta algumas dificuldades na comunicação. Refira algumas estratégias para comunicar com a pessoa com demência?
4. Ao entardecer ocorre muitas vezes o denominado “síndrome do por-do-sol”. Que medidas posso realizar para diminuir essa agitação/confusão?
5. Perante um comportamento agressivo devo confrontar ou castigar a pessoa com demência?
6. Na comunicação com a pessoa com demência, devo corrigir os seus defeitos comunicacionais?
7. Que medidas deve adoptar o cuidador informal de forma a prevenir o Burnout (exaustão e sobrecarga)?

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

1. Considera que esta sessão forneceu conhecimentos importantes sobre a pessoa com demência?
2. Considera que esta sessão foi útil, fornecendo estratégias para cuidar da pessoa com demência e prevenir o burnout no cuidador informal da pessoa com demência?
3. Considera as estratégias fornecidas fáceis de aplicar no dia-a-dia?
4. Gostou de participar nesta sessão?
5. Sugestões

: **Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (antes e pós implementação das intervenções do programa "CUIDAR(me)"**

Antes:

Nº	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					X
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?					X
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?			X		
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?				X	
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?				X	
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao se familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?			X		
	TOTAL					
	Inferior a 46 = Sem sobrecarga;					
	Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;					
	Superior a 56 = Sobrecarga intensa.			65		

Após:

Nº	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?				X	
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?			X		
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao se familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?				X	
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			X		
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?			X		
	TOTAL					
	Inferior a 46 = Sem sobrecarga;					
	Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;					
	Superior a 56 = Sobrecarga intensa.			59		

Indicadores NOC (antes e pós implementação das intervenções do programa "CUIDAR(me)"

INDICADORES NOC

Legenda: ANTES INTERVENÇÃO e APÓS INTERVENÇÃO

Indicador NOC: Bem estar do cuidador – 2508

Dominio: VI – Saúde Familiar

Classe: Z – Estado de Saúde do Membro da Família

Indicadores	*Nem um pouco satisfeito*	*Pouco satisfeito*	*Satisfeito*	*Muito satifeito*	*Completamente satisfeito*
250801 Saúde Física				X X	
250802 Saúde Psicológica			X X		
250803 Estilo de Vida			X X		
250806 Suporte social				X X	
250808 Relações sociais			X	X	
250813 Capacidade de enfrentamento			X	X	
250809 Papel do Cuidador			X	X	

Indicador NOC: Bem-estar pessoal - 2002

Domínio: V – Saúde percebida

Classe: U – Saúde e Qualidade de Vida

Indicadores	*Nem um pouco satisfeito*	*Pouco satisfeito*	*Satisfeito*	*Muito satifeito*	*Completamente satisfeito*
200212 Desempenho dos papeis usuais			X	X	
200208 Capacidade para relaxar			X X		
200209 Nível de felicidade			X X		
200210 Capacidade de expressar emoções			X	X	
200213 Capacidade de controlar atividades			X X		

Indicador NOC: Desempenho do Cuidador: cuidados diretos - 2205

Domínio: VI – Saúde Familiar

Classe: W – Desempenho do cuidador da família

Indicadores	*Não adequado*	*Levemente adequado*	*Moderadamente adequado*	*Muito adeuqado*	*Completamente adequado*
220503 Conhecimento do processo de doença			X	X	
220513 Confiança no desempenho das funções			X	X	

Indicador NOC: Relacionamento cuidador-paciente - 2204

Domínio: VI – Saúde Familiar

Classe: W – Desempenho do cuidador da família

Indicadores	*Nunca positivo*	*Pouco positivoo*	*Positivo*	*Muito positivo*	*Consistente mente positivo*
220401 Comunicação eficaz			X	X	

Indicador NOC: Ruptura no estilo de vida do cuidador – 2203

Domínio: VI – Saúde Familiar

Classe: W – Desempenho do cuidador da família

Indicadores	*Gravemente comprometid o*	*Muito comprometi mento*	*Comprometi do*	*Pouco comprometid o*	*Não comprometid o*
220315 – Ruptura da rotina		X	X		
220302 – Sono		X	X		
220303 – Flexibilidade do papel		X	X		
220305 – Relacionamentos com membros da família				X X	
220308 –		X	X		

Atividades recreativas				
220309 – Produtividade no trabalho			X X	
220313 – Relacionamento com amigos		X	X	

Apêndice IV: Projeto “Cuidar com Palavras”



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

"CUIDAR COM PALAVRAS": PROMOÇÃO DA SAUDE MENTAL NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Coimbra, 2023

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

"CUIDAR COM PALAVRAS": PROMOÇÃO DA SAUDE MENTAL NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Raquel Alexandra da Silva Caridade

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de [redacted], sob a orientação tutorial do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted] e orientação pedagógica do Professor Doutor [redacted]

Coimbra, 2023

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Uma má notícia consiste em qualquer informação que proporcione uma mudança da visão do futuro da pessoa, de forma negativa (Francis & Robertson, 2022).

Na área da saúde, a má noticia pode *"englobar um diagnóstico severo (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa*" (Elizari et. al., 2007, p. 461).

A decisão de quem fornece determinada notícia ao doente deveria recair sobre a pessoa da equipa em quem o doente mais confia. No entanto, essa escolha acaba muitas vezes, por depender também da própria cultura institucional e até da existência de determinadas guidelines (Cunha, 2018).

A forma de transmitir uma má notícia pode acarretar um grande impacto na experiência do processo em que a pessoa se encontra. Quando dada de forma incorreta, esta pode desencadear mal-entendidos, sofrimento prolongado e ressentimento. Por sua vez, uma comunicação adequada proporciona compreensão, aceitação e adaptação (Laranjeira et al., 2021).

A comunicação de más notícias a doentes em fim de vida e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes tarefas com que se deparam as equipas multidisciplinares. Este processo complexo exige do profissional de saúde uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino (Cunha, 2018).

Para isso, o profissional de saúde deve confiar em si, nos seus conhecimentos, nas suas habilidades e na sua convicção e "*deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil*" (Ribeiro, 2013, p. 51).

Contudo, a comunicação de más notícia "pode gerar conflitos ou dilemas nos profissionais de saúde – por exemplo, relacionadas com o que dizer, como, quando, onde, com quem, por isso há que desenvolver estas competências de deliberação ética e de informação e comunicação dos profissionais de saúde e na prática clínica" (Nunes, 2016, p.52).

Quando confrontados com esta temática, vários estudos revelam que os profissionais de saúde experienciam emoções difíceis, sensações físicas e desafios à sua competência e habilidades de resolução de problemas ao comunicar más notícias. Para eles, este ciclo de sofrimento condiciona as suas emoções e a capacidade de fornecer uma comunicação clara. A preocupação em comunicar más notícias prende-se, essencialmente, à incerteza da resposta que pode advir por parte do doente e à capacidade do próprio profissional para a gestão de emoções. Esta angústia ainda assume maior relevância quando a existência de uma conexão com o doente (Francis & Robertson, 2022).

A comunicação de más notícias é considerada uma tarefa complexa, pois requer comunicação verbal, paraverbal e não verbal, habilidades, mas também implica responder a reações emocionais, envolvendo o doente na tomada de decisão, lidando com stress (tanto do doente que recebe a notícia quanto do profissional que dá a notícia) e a tentativa de dar esperança quando a situação é dramática (Laranjeira et al., 2021).

Desta forma e com vista a facilitar este processo, foi desenvolvido o protocolo SPIKES (Anexo I). Este fornece uma estrutura para a comunicação de más notícias e consiste em seis passos que podem proporcionar mais segurança à pessoa que transmite a notícia, nomeadamente: S – *Setting up* (preparação para o encontro – procurar um local calmo e com privacidade); P – *Perception* (perceber o conhecimento do doente sobre a situação, usando preferencialmente perguntas abertas); I – *Invitation* (perceber se o utente quer receber a informação ou não, ou se prefere que seja outra pessoa a recebê-la); K – *Knowledge* (transmissão da informação); E – *Emotions* (aguardar a resposta emocional do doente, mostrando empatia); e S – *Strategy and Summary* (resumir e organizar estratégias) (Cruz & Riera (2016); Calsavara et al., (2017)).

Assim, podemos constatar que este protocolo se assenta em quatro objetivos: saber o que o doente e seus familiares entendem a situação como um todo; fornecer as informações de acordo com o que o doente e sua família suportam ouvir; acolher qualquer reação que pode vir a acontecer e, por último, ter um plano. Esta abordagem permite uma melhor organização do momento, ajudando quer o doente/família, quer a pessoa que transmite a informação a lidar com a situação (Cruz & Riera (2016); Calsavara et al., (2017)).

Outro modelo orientador da comunicação de más notícias é o modelo ABCDE (Anexo I). Este modelo consiste em cinco etapas: A - *Advance Preparation* (preparação do momento); B - *Build a Therapeutic Environment* (criação de um ambiente terapêutico);

C - *Communicate well* (comunicar adequadamente); D – *Deal with Pacients Reactions* (conseguir gerir as emoções do doente); e E – *Encourage and Validate Emotions* (permitir a expressão de emoções e validar as mesmas) (Lopes, 2021).

Para além disso, o treino de competências por parte do profissional de saúde e a existência de um suporte a estes durante situações de maior stress e ansiedade, como é o caso da comunicação de más notícias, assume um papel importante para a prevenção da saúde mental destes profissionais (Francis & Robertson (2022); Yazdanparast et al. (2021)).

Numa ECCI são inúmeros os casos em que há comunicação de más notícias, quer pela perda de funcionalidade quer pelo agravamento do seu estado de saúde, sendo esta uma das dificuldades manifestadas pelos profissionais de saúde, pelo qual a realização deste projeto neste contexto.

APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Nome do Projeto: "CUIDAR COM PALAVRAS": promoção da saúde mental na comunicação de más notícias.

Contexto: UCC [redacted].

Finalidade: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e doente/família durante a transmissão de más notícias, reduzindo o impacto desta.

Objetivos:

- Fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de lidar com o impacto psicológicos associado à comunicação de más notícias;
- Reduzir o nível de stress e ansiedade dos profissionais de saúde aquando da comunicação de más notícias;
- Aumentar a autoconfiança e autoestima dos profissionais de saúde ao lidar com situações difíceis;
- Prevenir problemas de saúde mental associados à exposição a fatores stressantes;
- Desenvolver habilidades de comunicação;
- Proporcionar um maior suporte ao doente/família.

População-alvo: Profissionais de saúde da UCC [redacted].

Data, hora e local: 06.Julho.2023 às 13h30 na sala de reuniões da UCC [redacted].

Recursos: Sala ampla, cadeiras, projetor, computador e material de escrita.

Desenvolvimento: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (aluna do Curso do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Raquel Caridade e Professor Doutor [redacted] e enfermeiro especialista de saúde mental da UCC [redacted] (Enf. [redacted]

Organização da ação de formação:

1ª momento – Apresentação e partilha de ideias			
Duração:	10 minutos	**Metodologia:**	Método interativo.
Participantes:	Profissionais de saúde da UCC [redacted]		
Recursos:	Sala ampla, cadeiras	**Conteúdo:**	- Apresentação da equipa que implementará o projeto; - Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; - *Brainstorming* e partilha de emoções associadas ao momento da comunicação de más notícias e identificação de dificuldades sentidas
Objetivos:	- Quebra-gelo; - Apresentar os elementos dinamizadores do projeto; - Apresentar os objetivos; - Identificar dificuldades sentidas aquando da comunicação de más notícias; - Percecionar o impacto emocional associado à comunicação de más notícias;		
2ª momento - Powerpoint			
Duração:	20 minutos	**Metodologia:**	Método expositivo e interativo
Participantes:	Profissionais de saúde da UCC [redacted]		
Recursos:	Sala ampla, cadeiras, computador e projetor	**Conteúdo:**	- Breve descrição da literatura existência sobre a comunicação de má notícias e seu impacto no doente/família e profissional de saúde que transmite a informação; - Protocolo SPIKE; - Modelo ABCDE; - Técnicas de comunicação.
Objetivos:	- Fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de lidar com o impacto psicológico associado à comunicação de más notícias; - Desenvolver habilidades de comunicação;		

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">- Fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de melhorar a comunicação com o doente/família durante a comunicação de más notícias;
- Aumentar o conhecimento e, consequentemente a autoestima e autoconfiança, dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias, reduzindo o stress e ansiedade e prevenindo problemas de saúde mental.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3ª momento – Role Playing</td></tr>
<tr><td>Duração:</td><td>30 minutos</td><td>Metodologia:</td><td>Método interativo</td></tr>
<tr><td>Participantes:</td><td colspan="3">Profissionais de saúde da UCC [redacted]</td></tr>
<tr><td>Recursos:</td><td>Sala ampla, cadeiras</td><td>Conteúdo:</td><td>Treino das competências adquiridas:
Preparação da entrevista – importância do ambiente físico, da privacidade e do desejo de envolvimento de alguma pessoa de referência;
Perceção do conhecimento do doente (técnica de questionamento).
Avaliação das informações, sentimentos e expectativas do doente;
Perceção se o doente quer receber a informação e como a quer receber;
Transmissão da informação;
Abordagem das emoções do doente;
Resumo da situação, tendo em conta o conhecimento, a expectativa e a esperança do doente;
Delineamento de estratégia.</td></tr>
<tr><td>Objetivos:</td><td colspan="3">- Fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de lidar com o impacto psicológico associado à comunicação de más notícias;
- Desenvolver habilidades de comunicação;
- Fornecer ferramentas e recursos para os profissionais de saúde serem capazes de melhorar a comunicação com o doente/família durante a comunicação de más notícias;
- Aumentar o conhecimento e, consequentemente a autoestima e autoconfiança, dos enfermeiros na comunicação de más notícias, reduzindo o stress e ansiedade e prevenindo problemas de saúde mental;
- Validar conhecimentos adquiridos sobre a temática.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4ª momento – Avaliação</td></tr>
<tr><td>Duração:</td><td>15 minutos</td><td>Metodologia:</td><td>Método interativo</td></tr>
</table>

Participantes:	Profissionais de saúde da UCC [redacted]		
Recursos:	Sala ampla, cadeiras, material de escrita	**Conteúdo:**	- Avaliação da ação de formação pela partilha de opiniões; - Aplicação de questionário de satisfação a todos os participantes (Apêndice I).
Objetivos:	- Percecionar dificuldades que ainda possam ser sentidas, passíveis da nossa atenção futuramente; - Percecionar ganhos com a implementação do projeto na gestão de emoções aquando da comunicação de más noticias; - Avaliar ação de formação.		

Síntese/ Conclusão: Tal como referido pelos diversos autores, a comunicação de más notícias é um momento difícil quer para quem vai transmitir a informação, quer para o doente. Desta forma, o treino de habilidades de comunicação é de extrema importância, para aumentar a autoconfiança, reduzir a ansiedade e stress do enfermeiro aquando deste processo e possibilitar uma comunicação adequada que permita um melhor suporte também ao doente.

Para o treino destas habilidades o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) assume um papel de destaque uma vez que este "*detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional"* (Regulamento n.º 515/2018). Este enfermeiro demonstra capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, essencial para poder ajudar o outro e assim capacitar outros profissionais de saúde para a comunicação de más notícias.

Para além disso, o EESMP "*assiste a pessoa ao longo do ciclo vital, família grupos ou comunidade na optimização da saúde mental*" (Regulamento n.º 515/2018), indo a presente ação de formação em encontro com o pressuposto.

Desta forma, o acompanhamento contínuo de um EESMP torna-se de extrema importância, uma vez que este elemento reúne as competências e o treino necessário para um melhor suporte nestas situações difíceis. Como sugestão pessoal, aquando a comunicação de más notícias, esta poderia ser previamente organizada e preparada em parceria com o EESMP, de forma a haver uma comunicação mais adequada, uma diminuição do *stress* do profissional de saúde que transmitirá a má notícia pelo suporte que sente naquele momento difícil e uma diminuição do sofrimento do doente/família.

BIBIOGRAFIA:

Calsavara, V. et al. (2017). **A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa**. Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica - XXV (1) - 92-102. v25n1a10.pdf (bvsalud.org)

Cruz, C. & Riera, R. (2016). **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.** Diagn Tratamento, 21(3), 106-8. rdt_v21n3_106-108.pdf (bvsalud.org)

Cunha, R. (2018). **A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados integrados.** [Master's thesis**,** Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2208

Elizari, F. (2007). **10 palabras clave ante el final de la vida**. Navarra: Editorial Verbo Divino, p.461.

Francis, L. & Robertson, N. (2022). **Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis.** Patient Education and Counseling. Volume 107, 1-9. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis | Elsevier Enhanced Reader

Laranjeira et al. (2017). **Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students**. Mental Health in Palliative Care Nursing – Practice Updates. Volume 7: 1–5. Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students (nih.gov)

Lopes, A. (2021). **A comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos polivalente.** [Master's thesis**,** Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2700/1/Alda_Lopes.pdf

Nunes, L. (2016). **E quando eu não puder decidir?** Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, ISBN: 978-989-8838-69-8. p.45-52.

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, pp. 21427 – 21430.https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

Ribeiro, R. (2013). **A Transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro**. [Master's thesis**,** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica].https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf

Yazdanparast et al. (2021). **The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News**. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Volume 26, 337-341. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344626/pdf/IJNMR-26-337.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I: Questionário de satisfação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Ação de formação “Cuidar com palavras: promoção da saúde mental na comunicação de más notícias”

Este questionário versa um conjunto de questões relativas ao modo como perceciona a formação de modo a aferir o grau de satisfação.

Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

1. Assinale, de um modo geral, o seu grau de satisfação relativamente à ação de formação que realizou.

□ Nada satisfeito(a).

□ Satisfeito(a).

□ Muito satisfeito(a).

□ Totalmente satisfeito(a).

2. Aponte o seu grau de satisfação quanto à pertinência da ação de formação.

□ Nada satisfeito(a).

□ Satisfeito(a).

□ Muito satisfeito(a).

□ Totalmente satisfeito(a).

3. Classifique o seu grau de satisfação quanto ao desempenho do(s) formador(es)

□ Nada satisfeito(a)

□ Satisfeito(a)

□ Muito satisfeito(a)

□ Totalmente satisfeito(a)

5 . As suas expetativas foram cumpridas?

□ Sim.

□ Não.

4.1. Se sim, em que medida?

□ Pouco.

□ Bastante.

□ Totalmente.

5. Apreciação global

_____

_____

_____

_____

6. Sugestões

_____

_____

_____

_____

Obrigada pela sua participação!

ANEXOS

ANEXO I: Protocolo SPIKES e Modelo ABCDE (Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos)

Modelos de comunicação de más notícias[4]

SPIKES	ABCDE
S – "Setting" Preparar a entrevista	A – "Advance Preparation" Preparação
P – "Perception" Avaliar a percepção da pessoa sobre a doença	B – "Build a therapeutic environment" Criar um ambiente terapêutico
I – "Invitation" Convidar para o diálogo	C – "Communicate well" Comunicar adequadamente
K – "Knowledge" Transmitir conhecimento/informação	D – "Deal with patients reactions" Conseguir gerir as emoções do doente
E – "Emotions" Permitir a expressão de emoções	E – "Encourage and validate emotions" Permitir a expressão de emoções e validar as mesmas
S – "Strategy" Estabelecer estratégias e sumário de informações	

Regras de ouro na comunicação de más notícias[5]

1. Preparar as condições adequadas: local privado, evitar potenciais interrupções e antecipar necessidades (p. ex. lenços a disposição).
2. Evitar transmitir más notícias pelo telefone.
3. Desencorajar o jargão médico.
4. Demonstrar preocupação, compaixão e senso de ligação com o doente e família, se presente.
5. Usar escuta ativa e escuta passiva.
6. Adequar o ritmo da discussão ao estado emocional do doente.
7. Compreender as ideias do doente sobre a causa do problema.
8. Transmitir uma esperança realista.
9. Atender às implicações no futuro do doente.
10. Reconhecer as emoções do doente e estar preparado(a) para lágrimas; pode ser útil solicitar a presença de outros profissionais no encontro (ex. psicólogo).
11. Permitir que os doentes interiorizem a informação, reajam e formulem questões adicionais, dando-lhes espaço e tempo para estarem sozinhos.
12. Estar apto a usar os recursos relevantes da comunidade.
13. Definir um plano de acompanhamento e programar próxima consulta.



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CUIDAR COM PALAVRAS

Comunicação de más notícias - promoção da saúde mental

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Má notícia

Qualquer informação que proporcione uma mudança da visão do futuro da pessoa, de forma negativa (Francis & Robertson, 2022).

Na área da saúde, a má noticia pode *"**englobar um diagnóstico severo (doença crónica, por exemplo), uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento doloroso ou uma intervenção cirúrgica. Em último grau, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa**"* (Elizari et. al., 2007, p. 461).



Impacto doente/família

Impacto enfermeiro



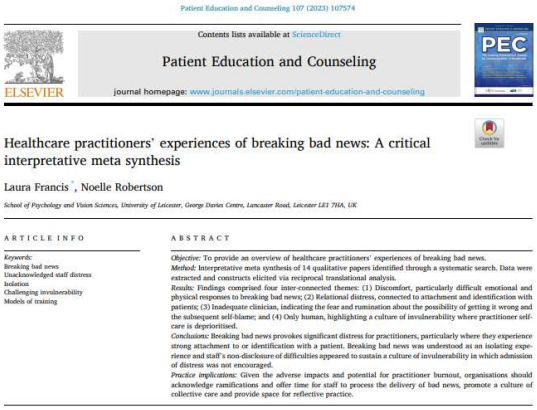
Quando dada de forma incorreta, esta pode desencadear **mal-entendidos, sofrimento prolongado** e ressentimento. Por sua vez, uma comunicação adequada proporciona **compreensão, aceitação e adaptação** (Laranjeira et al., 2021) .

Processo complexo exige do enfermeiro uma profunda **sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino** (Cunha, 2018).



Enfermeiro deve confiar em si, nos seus conhecimentos, nas suas habilidades e na sua convicção e "*deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil*" (Ribeiro, 2013, p. 51).

Alguns artigos representativos da problemática



Patient Education and Counseling 107 (2023) 107574

Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling

Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis

Laura Francis *, Noelle Robertson

School of Psychology and Vision Sciences, University of Leicester, George Davies Centre, Lancaster Road, Leicester LE1 7HA, UK

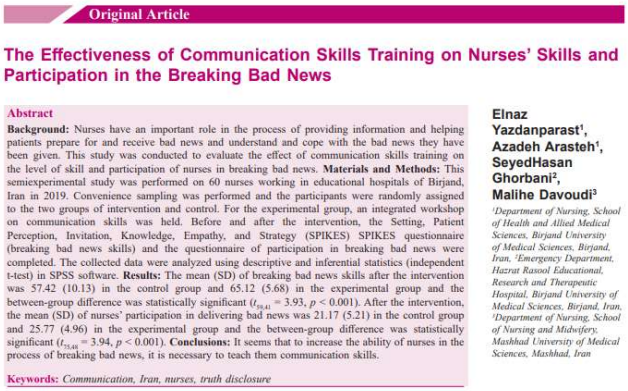
ARTICLE INFO

Keywords:
Breaking bad news
Unacknowledged staff distress
Isolation
Challenging invulnerability
Models of training

ABSTRACT

Objective: To provide an overview of healthcare practitioners' experiences of breaking bad news.
Method: Interpretative meta synthesis of 14 qualitative papers identified through a systematic search. Data were extracted and constructs elicited via reciprocal translational analysis.
Results: Findings comprised four inter-connected themes: (1) Discomfort, particularly difficult emotional and physical responses to breaking bad news; (2) Relational distress, connected to attachment and identification with patients; (3) Inadequate clinician, indicating the fear and rumination about the possibility of getting it wrong and the subsequent self-blame; and (4) Only human, highlighting a culture of invulnerability where practitioner self-care is deprioritised.
Conclusions: Breaking bad news provokes significant distress for practitioners, particularly where they experience strong attachment to or identification with a patient. Breaking bad news was understood as an isolating experience and staff's non-disclosure of difficulties appeared to sustain a culture of invulnerability in which admission of distress was not encouraged.
Practice implications: Given the adverse impacts and potential for practitioner burnout, organisations should acknowledge ramifications and offer time for staff to process the delivery of bad news, promote a culture of collective care and provide space for reflective practice.

A comunicação de más notícias é uma situação geradora de stress e ansiedade para os profissionais de saúde, principalmente quando estes estabelecem uma ligação com o doente



Original Article

The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News

Abstract

Background: Nurses have an important role in the process of providing information and helping patients prepare for and receive bad news and understand and cope with the bad news they have been given. This study was conducted to evaluate the effect of communication skills training on the level of skill and participation of nurses in breaking bad news. **Materials and Methods:** This semiexperimental study was performed on 60 nurses working in educational hospitals of Birjand, Iran in 2019. Convenience sampling was performed and the participants were randomly assigned to the two groups of intervention and control. For the experimental group, an integrated workshop on communication skills was held. Before and after the intervention, the Setting, Patient Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, and Strategy (SPIKES) SPIKES questionnaire (breaking bad news skills) and the questionnaire of participation in breaking bad news were completed. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics (independent t-test) in SPSS software. **Results:** The mean (SD) of breaking bad news skills after the intervention was 57.42 (10.13) in the control group and 65.12 (5.68) in the experimental group and the between-group difference was statistically significant ($t_{59.41} = 3.93$, $p < 0.001$). After the intervention, the mean (SD) of nurses' participation in delivering bad news was 21.17 (5.21) in the control group and 25.77 (4.96) in the experimental group and the between-group difference was statistically significant ($t_{73.48} = 3.94$, $p < 0.001$). **Conclusions:** It seems that to increase the ability of nurses in the process of breaking bad news, it is necessary to teach them communication skills.

Keywords: *Communication, Iran, nurses, truth disclosure*

Elnaz Yazdanparast[1], Azadeh Arasteh[1], SeyedHasan Ghorbani[2], Malihe Davoudi[3]

[1]Department of Nursing, School of Health and Allied Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran, [2]Emergency Department, Hazrat Rasool Educational, Research and Therapeutic Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran, [3]Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Para o desenvolvimento das habilidades dos enfermeiros na comunicação de más noticias é necessário o treino das habilidades comunicacionais

A preocupação em comunicar más notícias

- Incerteza da resposta que pode advir por parte do doente
- Capacidade do próprio profissional para a gestão de emoções

→ Esta angústia ainda assume maior relevância quando a existência de uma conexão com o doente

(Francis & Robertson, 2022)

TAREFA COMPLEXA

Requer **comunicação verbal, paraverbal e não verbal, habilidades e a resposta a reações emocionais** (envolvendo o doente na tomada de decisão, lidando com stress (tanto do doente que recebe a notícia quanto do profissional que dá a notícia) e com a tentativa de dar esperança quando a situação é dramática) (Laranjeira et al., 2021).



Quem deve comunicar uma má notícia?

A decisão de quem fornece determinada notícia ao doente deveria recair sobre a pessoa da equipa em quem o doente mais confia

(Cunha, 2018)

Princípios importantes na comunicação de más notícias

Local adequado (privacidade, sem interrupções ou distrações, de acordo com as necessidades)	Devem ser comunicadas presencialmente (evitar que sejam pelo telefone)	Evitar pareceres médicos
Demonstrar empatia para com o doente e família caso esta esteja presente	Usar escuta ativa e escuta passiva	Adequar ritmo da discussão ao estado emocional da pessoa



Princípios importantes na comunicação de más notícias

Compreender as ideias do doente sobre a causa do problema	Transmitir esperança **realista**	Atender às implicações no futuro
Reconhecer as emoções do doente/família e estar preparado para lágrimas	Permitir que o doente/família interiorize a informação, reajam e formulem questões, dando-lhe o espaço que precisem	Estar apto a usar os recursos relevantes na comunidade



MAS

COMO COMUNICAMOS UMA MÁ NOTICIA?

Protocolo SPIKES

Modelo ABCDE

Protocolo Spikes (Cruz & Riera (2016); Calsavara et al., (2017)

S*etting up* (preparação do encontro)

P*erception* (perceber o conhecimento da pessoa sobre a situação)

I*nvitation* (perceber se a pessoa quer receber a informação ou não, ou se prefere que seja outra pessoa a recebê-la)

K*nowledge* (transmissão da informação)

E*motions* (aguardar a resposta emocional do doente)

S*trategy and Summary* (resumir e organizar estratégias)

Objetivos

- Saber o que a pessoa e seus familiares entendem a situação como um todo
- Fornecer as informações de acordo com o que a pessoa e sua família suportam ouvir
- Acolher qualquer reação que pode vir a acontecer
- Ter um plano

Setting up: preparação da conversa



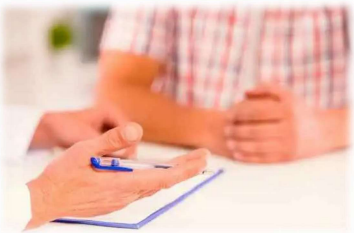
1. Rever os dados que fundamentam a má noticia;
2. Discutir com a equipa multidisciplinar o prognóstico: informações relevantes;
3. Avaliar os seus próprios sentimentos;
4. Preparar um ambiente acolhedor, com privacidade e sem interrupções ou distrações;
5. Envolver pessoas importantes (de acordo com a vontade da pessoa);
6. Sentar-se e colocar-se disponível para a pessoa/família (sentar relaxa um pouco a pessoa e transmite que não estamos com pressa);
7. Mantenha o contacto com a pessoa, caso seja confortável para ele (contacto visual, toque);
8. Informar o paciente de quaisquer restrições de tempo que se possa ter.

(Bicho, 2013)

Perception: avaliar a perceção da pessoa

1. Favorecer relação de confiança que permita a pessoa fazer perguntas, expressar expectativas e medos;
2. Estabelecer diálogo inicial procurando saber o que a pessoa sabe sobre a situação e quais as suas expectativas;
3. Perceber se a pessoa apresenta alguma negação da doença, expectativa não realista;
4. Respeitar valores e crenças;
5. Utilização, preferencialmente, de perguntas abertas.

"Sabe qual o assunto que nos trouxe aqui?"



(Bicho, 2013)

Invitation: avaliar a vontade de receber a informação da pessoa

1. Perceber se a pessoa está em condições de receber a notícia;
2. Perceber que tipo de informação a pessoa quer receber.



(Bicho, 2013)

Knowledge: Transmitir a informação

1. Avisar a pessoa que tem más notícias pode diminuir o choque da transmissão dessas e facilitar o processamento da informação;
2. Adequar a comunicação da má notícia ao nível de capacidade de compreensão e de vocabulário da pessoa;
3. Informar de forma clara e delicada, evitando termos demasiados técnicos, expressões mais agressivas e detalhes desnecessários;
4. Fornecer a informação de forma esporádica e certificar-se periodicamente se o utente compreendeu ou não;
5. Transmitir segurança (evitar transmitir ansiedade, sem que isso signifique frieza);
6. Quando o prognóstico é mau, evitar-se o uso de frases como: "*Não há mais nada que possamos fazer*" → esta atitude é inconsistente com o facto de que os pacientes possam ter outros objetivos terapêuticos como o controle da dor e/ou o alívio de sintomas.

"Infelizmente, as notícias que tenho para lhe dar não são as melhores"

ou

"Sinto muito ter que lhe dizer isto..."

(Bicho, 2013)

***Emotions*: validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções**

1. Favorecer a expressão de sentimentos face à informação transmitida;
2. Acolher a legitima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo, procurando uma proximidade sincera, mas não se envolvendo emocionalmente em demasia;
3. Permitir momentos de silêncio;
4. Validar o sofrimento e expressar empatia.



(Bicho, 2013)

"Imagino que seja uma situação difícil para si, não queria ter de lhe dar esta notícia"

***Strategy and summary*: resumir e estabelecer estratégias**

1. Resumir as principais questões abordadas;
2. Estabelecer, estratégias com o envolvimento da pessoa;
3. Ser realista, sem destruir a esperança;
4. Demonstrar disponibilidade.



(Bicho, 2013)

Modelo ABCDE (Lopes, 2021)

Advance Preparation (preparação do momento)

Build a Therapeutic Environment (criação de um ambiente terapêutico)

Communicate well (comunicar adequadamente)

Deal with Pacients Reactions (conseguir gerir as emoções do doente)

Encourage and Validate Emotions (permitir a expressão de emoções e validar as mesmas)



(Francis & Robertson (2022); Yazdanparast et al. (2021)

Role Play

Situação

O Sr. António de 43 anos, residente no concelho de Anadia, administrativo duma empresa de espumante da zona, reside com a esposa Maria e com a filha Inês. O Sr. António sempre foi uma pessoa muito ativa e nos seus tempos livres, gosta de realizar convívios em família e praticar desporto, sendo a corrida uma das suas grandes paixões. No ano de 2020, começou a sentir lentidão nos movimentos, com tremores involuntários a nível dos membros do lado direito, que se foram intensificando com o tempo. Foi diagnosticado nesse mesmo ano com Doença de Parkinson. Passado 3 anos, e apesar de já se encontrar a ser medicado, a doença evoluiu muito e o Sr. António tem apresentado mais desequilíbrios na marcha, tendo um risco de queda elevado. Assim, o uso de um auxiliar de marcha (andarilho) torna-se importante para a prevenção de complicações, sendo esta uma possibilidade não muito aceite pelo Sr. António.

Bibliografia

Calsavara, V. et al. (2017). A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica - XXV (1) - 92-102. v25n1a10.pdf (bvsalud.org)

Bicho, D. (2013). Comunicação de más notícias em contextos de saúde. [Master's thesis, Universidade de Évora]

Cruz, C. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Diagn Tratamento, 21(3), 106-8. rdt_v21n3_106-108.pdf (bvsalud.org)

Cunha, R. (2018). A comunicação de más notícias numa unidade de cuidados continuados integrados. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/2208

Elizari, F. (2007). 10 palabras clave ante el final de la vida. Navarra: Editorial Verbo Divino, p.461.

Francis, L. & Robertson, N. (2022). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. Patient Education and Counseling. Volume 107, 1-9. Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis | Elsevier Enhanced Reader

Laranjeira et al. (2017). Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. Mental Health in Palliative Care Nursing – Practice Updates. Volume 7: 1–5. Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students (nih.gov)

Lopes, A. (2021). A comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos polivalente. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2700/1/

Alda_Lopes.pdf Nunes, L. (2016). E quando eu não puder decidir? Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, ISBN: 978-989-8838-69-8. p.45-52.

Pais Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estado de adaptação da escala de percepção de stresse. Psicologia, Saúde & Doença. 10(2),237-248. 85023.pdf (up.pt)

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, pp. 21427 – 21430.https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

Ribeiro, R. (2013). A Transmissão de más notícias na perspectiva do Enfermeiro. [Master's thesis, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica].https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN- %20rakel-tese.pdf

Yazdanparast et al. (2021). The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Volume 26, 337-341. https://www.ncbi.nlm.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344626/pdf/IJNMR-26-337.pdf



[redacted]

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CUIDAR COM PALAVRAS

Comunicação de más notícias - promoção da saúde mental

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Apêndice V: Sessão psicoeducativa denominada “Ansiedade e estratégias para o controlo da ansiedade”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão Psicoeducativa – Ansiedade e estratégias para controlo da ansiedade		
Objetivo Geral: Promover o autocontrolo da ansiedade		
População-alvo: Utentes da Unidade de Patologia Dual – [redacted] **Critérios de inclusão:** Utentes sem défice cognitivo com diagnóstico de ansiedade presente, pela aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo I) **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento, utentes que não apresentem diagnóstico de ansiedade aquando aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton		
Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade		
Data: 6\11\2023	**Hora:** 11h00	**Duração:** 1h
Local: Sala de reuniões da Unidade de Patologia Dual		
Dinamizadores: Alunos do Mestrado ESMP (João Santos e Raquel Caridade)		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar a literacia em saúde sobre ansiedade;
- Compreender os sinais e sintomas da ansiedade;
- Identificar estratégias para o controlo da ansiedade.

CONTEÚDOS

- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Realização de uma atividade quebra-gelo:

  "Apanhe a bola": Começamos por jogar uma bola a uma pessoa sendo lhe pedido para falar algo sobre si, como por exemplo uma curiosidade, uma característica, um *hobbie,* uma história engraçada. No final a pessoa lança a bola para outra pessoa e assim sucessivamente até que todos tenham dito algo sobre si;
- Apresentação em *powerpoint* sobre a ansiedade, sinais e sintomas de ansiedades e estratégias para o controlo da ansiedade;
- Execução de atividade "Vamos construir um Origami" que visa a construção de um origami a gosto e que permite a diminuição da ansiedade, bem como o aumento da concentração;
- Realização de uma breve síntese no final da atividade do que foi realizado na sessão;
- Momento de partilha de experiências e opiniões, promovendo a discussão em grupo;
- Aplicação de questionário de satisfação.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método expositivo: Apresentação em *powerpoint.*
- Método interativo: Dinâmica de quebra-gelo; Atividade "Vamos construir um origami"; Discussão em grupo sobre as questões colocadas.

RECURSOS

Materiais:

Cadeiras, mesas, computador, projetor, canetas de cor, folhas de papel, papéis com orientações para construção de origami e bola.

Estruturais:

Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (para regulação da intensidade da luz).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Observação direta (indicadores NOC – Apêndice I);
- Preenchimento de um questionário de satisfação de avaliação qualitativa, através de uma questão de resposta aberta (Apêndice II);
- Preenchimento da Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo I).

AVALIAÇÃO DE RESULTADO (a preencher após sessão)

APÊNDICE I: Avaliação dos resultados da sessão, tendo por base a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)

Nome:_____

1211 - Nível de Ansiedade: gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestado decorrente de uma fonte não identificada										
	Grave (1)		Substancial (2)		Moderado (3)		Leve (4)		Nenhum (5)	
	Antes	**Após**	**Antes**	**Após**	**Antes**	**Após**	**Antes**	**Após**	**Antes**	**Após**
121101 Agitação										
121112 Dificuldade de Concentração										
121117 Ansiedade Verbalizada										
121119 Pressão Arterial Aumentada										
121120 Frequência de Pulsações Aumentada										

Fonte: Moorhead, S. et al. (2010). *NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elesevier Editora, Ltda: 4ª edição.

APÊNDICE II: Questionário de satisfação da sessão

Qual a sua opinião sobre a sessão realizada?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Obrigada pela participação!

ANEXO I: Escala de Ansiedade de Hamilton

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave (Incapacitante)
1. Humor Ansioso: Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade. 2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comover-se facilmente, tremores, sensação de cansaço, incapacidade para descontrair e agitação.					
3. Medos: De escuro, de estranhos,de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insuficiente e cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual: dificuldade de concentração, memória fraca.					
6. Humor Deprimido: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, acordar cedo, alteração de humor.					
7. Nível Somático (muscular): Dores no corpo todo, contrações espasmódicas, rigidez, ranger dos dentes, voz trémula. 8. Nível Somático (sensorial): Zumbido, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza,formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, taquicardia, sensação de desmaio, falta de pulsação.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, ardor, sensação de enfartamento, azia, náuseas, vómitos, angústia, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Micção frequente, vontade urgente de urinar, amenorreia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, perda de ereção, impotência. 13. Sintomas Anatómicos: Boca seca, rubor facial, palidez, sudorese, tonturas, cefaleia de tensão, arrepios. 14. Comportamento na Entrevista: Angústia, inquietação ou caminhar de um lado para o outro.Mãos a tremer, franzir a testa, expressão facial tensa, respiração profunda e acelerada, palidez facial, deglutições frequentes, etc.					

Digitalizada com CamScanner

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Unidade de Patologia Dual – [redacted]

Ansiedade

Estratégias para controlo da ansiedade



Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação [redacted]

Ansiedade

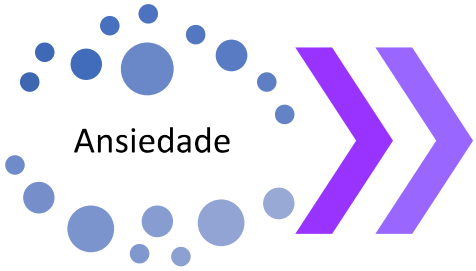
Emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia

- Inquietação ligeira
- Terror intenso

Lopes(2022)



Quando é que a ansiedade é prejudicial?



Resposta adaptativa aos novos obstáculos

Prejudicial

- Excessiva ou sem motivo
- Interfere no funcionamento normal da pessoa

Perturbação de Ansiedade

Pombo & Ferro (2020)

Critérios para diferenciar ansiedade "normal" de perturbação de ansiedade

Ansiedade "normal"

- Episódios de intensidade leve ou moderada, pouco frequentes;
- Duração limitada no tempo;
- Reação adequada ao estímulo/situação;
- Sofrimento limitado e transitório;

Perturbação de ansiedade

- Episódios de intensidade moderada ou grave;
- Repetidos e/ou prolongados no tempo (normalmente 6 meses ou mais);
- Reação desproporcionada ao estímulo/situação;
- Sofrimento evidente e frequente;
- Consequências presentes e com prejuízo notório do funcionamento da pessoa.

DSM-V (2014)

Sinais e sintomas de ansiedade



- Irritabilidade;
- Agitação e nervosismo;
- Tensão muscular;
- Tensão interior;
- Fadiga fácil e perda de energia;
- Dificuldade de concentração;
- Impaciência;
- Evitamento de situações geradoras de *stress*;
- Alterações gastrointestinais;
- Aumento ou diminuição do apetite;
- Dificuldade em adormecer.

Pombo & Ferro (2020)

Estratégias para controlar a ansiedade



Exercício físico e hobby
Fazer exercício físico , pelo menos, três vezes por semana (algo que goste)
Realizar atividades prazerosas para si

Respirar e refletir
Respirar fundo e contar até dez lentamente
Identificar os "gatilhos" da ansiedade
Aceitar que nem todas as situações são controláveis

Relaxar
Dedicar tempo a si próprio (ouvir música, passear num sitio agradável)
Realizar técnicas de relaxamento

Ser positivo
"É realmente tão mau quanto eu penso ser?"
Substituir pensamentos negativos por positivos
Procurar dar o melhor em vez de procurar ser perfeito

Relação com os outros
Partilhar o que sente com aqueles que lhe são mais próximos
Pedir ajuda
Participação em atividades de distração

Hábitos de estilo de vida saudáveis
Diminuir consumos de café
Cessar consumos de álcool
Manter hábitos de sono adequados

Sampaio, Gonçalves & Sequeira (2020)

Referências Bibliográficas

Sampaio, F.; Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). *Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1a , pp. 286–290). Lidel.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (5ªed.). Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Pombo, S. & Ferro, A. (2020). *Aprenda sobre a sua ansiedade!*. Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental, 2edição. https://www.researchgate.net/publication/344461927_Aprenda_sobre_a_sua_ansiedade_MANUAL_DIDATICO_SOBRE_ANSIEDADE_2_EDICAO

Lopes, M. (2022). As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção da Ansiedade na Adolescência. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5881/1/Maria%20Lopes_pdfa.pdf

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Unidade de Patologia Dual – [redacted]

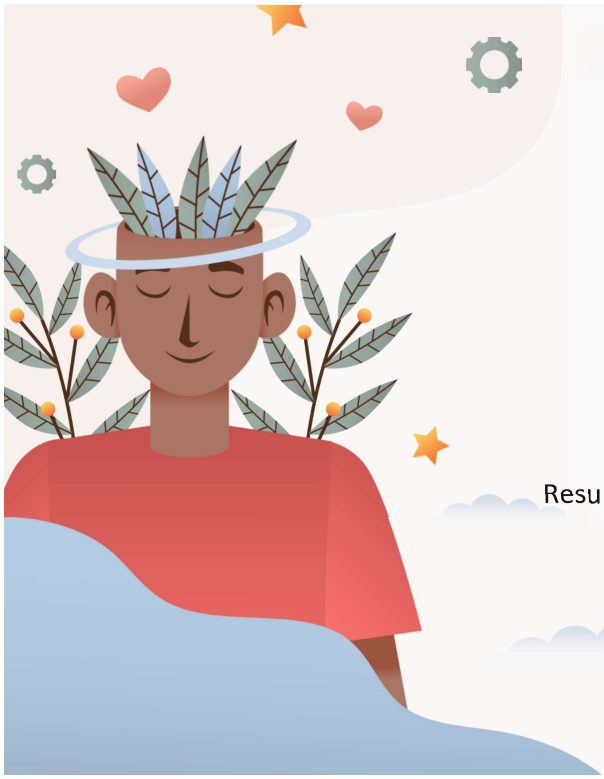
Ansiedade

Estratégias para controlo da ansiedade



Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação d[redacted]

Apêndice VI: “Projeto Relaxa a Mente” – análise dos resultados



[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Projeto

"Relaxa a Mente"

Resultados da sua implementação durante o período de estágio

Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação da [redacted]

RELAXAMENTO

Estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de *stress* (Payne, 2000).

Objetivos		
Medida preventiva de consequências fisiológicas do stress	Tratamento para alívio do stress e das suas consequências fisiológicas	Forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com o stress

Intervenção com potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar

(Coelho & Sousa, 2020)

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Treino autogénico de Schultz

Relaxamento progressivo de vários grupos musculares, experimentando um conjunto de cinestesias (sensações de peso e calor), seguidas de sensações de conforto e bem-estar. Sentido céfalo-caudal, alternância de 10 segundos de cinestesias e 10 segundos de relaxamento

Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson

Relaxamento progressivo dos vários grupos musculares através da contração/descontração

Técnica de relaxamento muscular modificado (Bernstein & Borkovec, 1973)

Aprender a relaxar grupos específicos de músculos e simultaneamente, prestar atenção às sensações associadas ao estado de tensão e relaxamento

Relaxamento por imaginação guiada

Utilização de forma intencional de imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da imaginação ou memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado. Vivência da experiência é tão intensa que cérebro responde como se fosse real

NÃO DEVE SER USADA EM ESTADOS PSICÓTICOS AGUDOS

(Coelho & Sousa, 2020)

"Relaxa a Mente"

Apresentação do projeto



Conhecendo o projeto…

Objetivo: Reduzir níveis de ansiedade, melhorar o padrão do sono e promover a sensação de bem-estar

Realizado uma vez por semana (5ª feiras), com duração de 1h na sala do 1º piso da UPD

Dinamizado por: Enfª Maria João Almeida, Enfª Licínia e Enf. Silvino

Técnica de relaxamento: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Máximo de 5 utentes por sessão

Recurso a fragâncias e música que proporcionam um ambiente mais envolvente

Guiões diversificados e adaptados à população-alvo

Critérios de inclusão

- Utentes internados na UPD que tenham sido identificados com o diagnóstico de ansiedade por aplicação da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton;
- Utentes com diagnóstico de enfermagem de ansiedade no processo de enfermagem;
- Utentes com diagnóstico de enfermagem de insónia no processo de enfermagem;
- Utentes com diagnóstico de enfermagem de tristeza no processo de enfermagem;
- Utentes com capacidade cognitiva para compreender o projeto e os objetivos do mesmo.

Critérios de exclusão

- Utentes com sintomatologia psicótica ativa;
- Utentes com agitação psicomotora, desorientação ou confusão;
- Utentes que não manifestem vontade em participar;
- Utentes com acuidade auditiva reduzida;
- Utentes com défice cognitivo acentuado.

Método de avaliação

1. **Escala de Ansiedade de Hamilton** → Antes e após 1 mês
2. **Questionário de satisfação individual** → Após cada sessão
3. **Avaliação da TA e FC** → Antes e após sessão
4. **Observação direta** → Com base em indicadores NOC - Nível de ansiedade: agitação, dificuldade de concentração



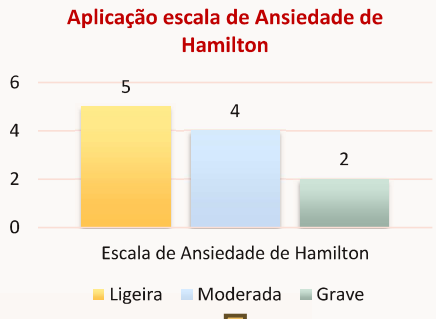
“Relaxa a Mente”

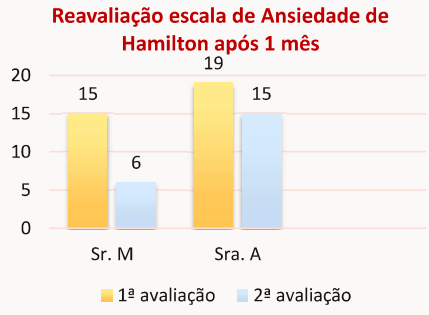
Resultados do projeto durante o estágio

Resultados: Escala de Ansiedade de Hamilton

Foram realizadas **10 sessões**, com a participação de um total de **14 utentes**. A média de utentes por sessão foi de 3 ($\bar{x}$ =3,8);

Cada utente realizou em média 2 sessões ($\bar{x}$ =2,78), sendo que apenas **2 utentes** tiveram o tempo suficiente para repetir a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton.



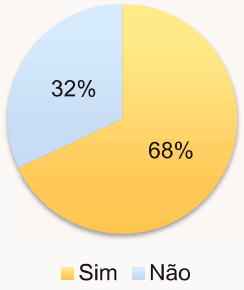


Possível diminuição do tempo para nova aplicação da escala?

Nota: 3 utentes foram incluídos no projeto por apresentarem diagnóstico de enfermagem insónia

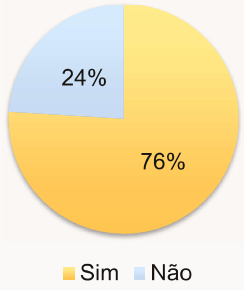
Resultados: Avaliação da TA e FC

Tensão arterial



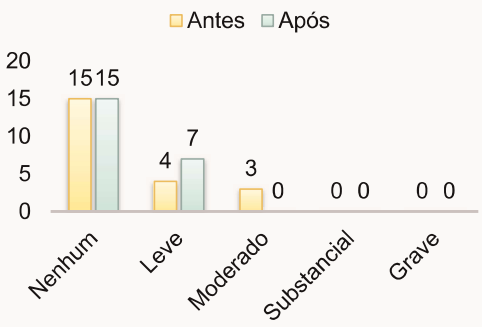
Houve diminuição dos valores da tensão arterial e da frequência cardíaca?

Frequência cardíaca

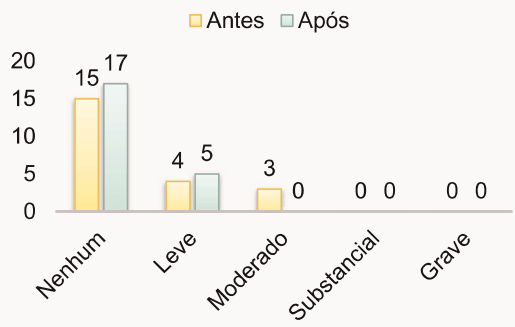


Resultados: Observação direta

Agitação



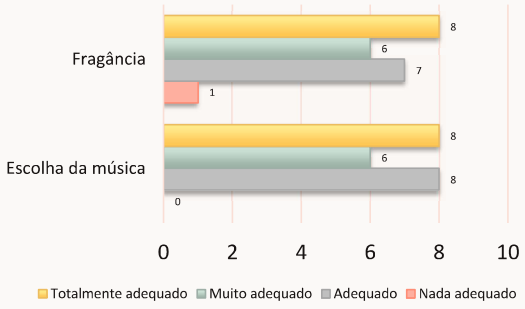
Dificuldade de concentração



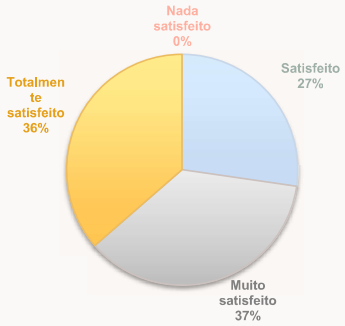
NOTA: dados desde 26/10/2023

Resultados: Questionários de satisfação

Fragância e música



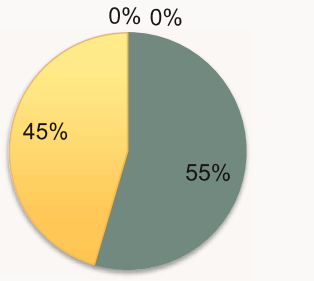
Grau de satisfação



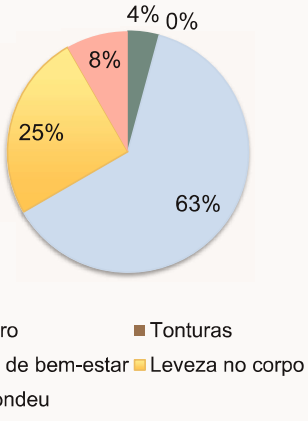
NOTA: dados desde 26/10/2023

Resultados: Questionários de satisfação

Relaxamento após a sessão

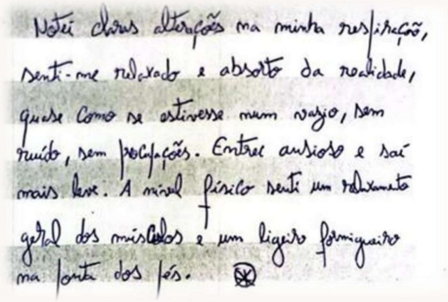


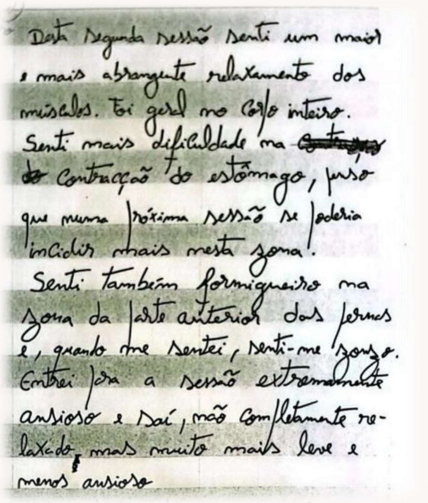
Sintomas após sessão



NOTA: dados desde 26/10/2023

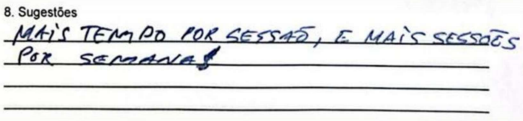
Resultados: Questionários de satisfação – avaliação global

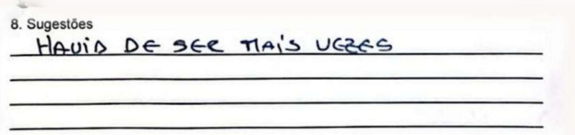

Notei claras alterações na minha respiração, senti-me relaxado e absorto da realidade, quase como se estivesse num vazio, sem ruído, sem preocupações. Entrei ansioso e saí mais leve. A nível físico senti um relaxamento geral dos músculos e um ligeiro formigueiro na ponta dos pés.

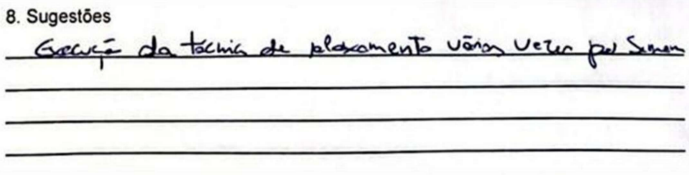

Desta segunda sessão senti um maior e mais abrangente relaxamento dos músculos. Foi geral no corpo inteiro. Senti mais dificuldade na ~~contração~~ da contração do estômago, pelo que numa próxima sessão se poderia incidir mais nesta zona. Senti também formigueiro na zona da parte anterior dos pernas e, quando me sentei, senti-me zonzo. Entrei para a sessão extremamente ansioso e saí, não completamente relaxado, mas muito mais leve e menos ansioso.

NOTA: dados desde 26/10/2023

Resultados: Questionários de satisfação – sugestões


8. Sugestões
MAIS TEMPO POR SESSÃO, E MAIS SESSÕES POR SEMANA.


8. Sugestões
HAVIA DE SER MAIS VEZES


8. Sugestões
Execução da técnica de relaxamento várias vezes por semana

NOTA: dados desde 26/10/2023

Conclusão

- Projeto "Relaxa a Mente" tem apresentado resultados promissores a nível da ansiedade, insónia e sensação de bem-estar;
- É importante a integração de novos elementos da equipa de enfermagem neste projeto, que permita aumentar o número de sessões semanais, de forma a atingir melhores resultados e assim aumentar os ganhos em saúde da pessoa internada na UPD;
- Possibilidade de inclusão de novas técnicas de relaxamento.



Referências Bibliográficas

Coelho, J. & Sousa, L. (2020). *Relaxamento*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1a , pp. 286–290). Lidel.

Moorhead, S. et al. (2010). *NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elesevier Editora, Ltda: 4ª edição.

Payne, R. (2000). Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. (2ª edição). Loures: Lusociência.


Obrigada pela
atenção!


[redacted]
Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
Projeto
"Relaxa a Mente"
Resultados da sua implementação durante o período de estágio
Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação da [redacted]

Apêndice VII: Ação de formação “Novas Adições”



[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade de Patologia Dual – [redacted]

NOVAS ADIÇÕES

Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação da [redacted]

Adição — Acréscimo ou aumento

Comportamentos aditivos

"Processos aditivos"

Comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas

↓

Coexistindo com fatores neurobiólogicos, psicológicos, genéticos e ambientais

↓

Dependência

(SICAD, 2017; João, Portela & Cruz, 2020)

PERTURBAÇÃO ADITIVA



NOVAS ADIÇÕES:
Chemsex + adição a ecrãs e redes sociais

Não relacionada a substância
• Jogo patológico

(DSM-V, 2014)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO)

Tem vindo a aumentar

Critérios de Diagnóstico:

Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente que leva a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, com a presença de pelo menos quatro dos seguintes critérios, num período de 12 meses:

- Necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores a fim de atingir a excitação desejada;
- Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou interromper o hábito de jogar;
- Esforços repetitivos e mal sucedidos para controlar, reduzir ou interromper hábito de jogar;
- Preocupação frequente com o jogo;
- Uso do jogo como "refúgio" aquando angústia;
- Após perder dinheiro no jogo, volta para tentar recuperar ("recuperar perdas");
- Mente para esconder o envolvimento com o jogo;
- Perdas ou prejuízo significativo em relacionamentos, emprego ou educação em razão do jogo;
- Dependência de outros para obter dinheiro a fim de salvar situações financeiras causadas pelo jogo.

Gravidade depende do nº de critérios preenchidos
Ligeira: 4 a 5
Moderada: 6 a 7
Grave: 8 a 9

Comportamento de jogo não resulta de um episódio maníaco

(DSM-V, 2014; SICAD, 2017)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Tipos de jogos

Gaming:

mobiliza predominantemente a interatividade e se define por indicadores de progressão e sucesso



≠

Gambling:

envolvimento de mecanismos de apostas, montantes financeiros, risco e pagamentos ao jogador



(SICAD, 2017)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Em Portugal…



País Crime e Justiça Educação Meteorologia

Cerca de 100 mil pessoas em Portugal têm problemas de jogo com as "raspadinhas"

CNN Portugal

19 set, 08:53

Notícia 19/09/2023

De acordo com estudo da Universidade do Minho, 30 mil pessoas que jogam "raspadinhas" com regularidade "quase de certeza têm doença instalada, ou seja, perturbação de jogo patológico"

Em Portugal, verifica-se um fenómeno específico associado ao aumento significativo do consumo de raspadinhas ao longo dos anos

(Vilaverde & Morgado, 2020)

Popularidade do jogo

Estigma positivo ao jogo

Rede de postos de venda disseminada

Regras simples e fáceis de compreender

Valor mínimo das apostas é baixo

Recompensa imediata

Media (publicidade indireta)

(SICAD, 2021)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Fatores de risco



Área Sócio-demográfica	Família e comunidade	Funcionamento Psicológico	Comportamentos Aditivos
▪ Género masculino ▪ Baixo nível socioeconómico	▪ Inconsistência disciplinar parental ▪ Adversidade precoce e conflitos familiares ▪ Dificuldades escolares ▪ Contacto regular e precoce com contextos de jogo	▪ Extroversão ▪ Impulsividade ▪ *Sensation-seeking* ▪ Estratégias de *coping* desadaptativas ▪ Sintomas de hiperatividade com défice de atenção ▪ *Stress* e afeto negativo (sintomas ansiosos e depressivos)	▪ Início precoce de práticas de jogo ▪ Uso de substâncias psicoativas ▪ Pares com comportamentos aditivos ▪ Pais com comportamentos aditivos (com e/ou sem substância)
Johansson et al. (2009) Welte et al. (2006) Vachon et al. (2004)	Poole et al. (2017) Sadock & Sadock (2003)	Hing et al. (2016, 2017) APA (2013) Hills et al. (2001)	Johansson et al. (2009) Petry (2005) Ciarrochi (2002)

(SICAD, 2017)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Fatores protetores

Área Sócio-demográfica	Família e comunidade	Funcionamento Psicológico
▪ Género feminino	▪ Supervisão parental ▪ Coesão familiar ▪ Ligações sociais ▪ Boa relação com a escola	▪ Consciência e inteligência emocional ▪ Estratégias de *coping* adaptativas ▪ Bem-estar subjetivo ▪ Auto-cuidado ▪ Competências pessoais e sociais ▪ Compreensão da aleatoriedade

(SICAD, 2017)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Consequências





(SICAD, 2017)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Instrumentos de avaliação

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Questionário de diagnóstico do jogo patológico de acordo com os critérios do DSM-V

Escala de Avaliação de Sintomas de Jogo (G-SAS)

Mais utilizada
Existe versão para adolescentes

Adolescentes:
South Oaks Gambling Screen (SOGS – A)

(SICAD, 2017; Caeiro, 2021)

Dentro de um grupo de jogos a dinheiro diga-me qual foi a sua frequência de jogo ao longo da sua vida? ENTREVISTADOR: Leia as alternativas de frequência e assinale número 1 para Nunca; 2 para "Menos de um semana" e 3 para "Uma ou mais vezes por semana."

Por favor assinale apenas uma hipótese para cada frase	Nunca	Menos do que uma vez por semana	Uma ou mais vezes por semana
a. Joguei às cartas a dinheiro			
b. Apostei nas corridas de cavalos, cães, ou outros animais (qualquer forma de aposta)			
c. Apostei em desporto para além do Totobola			
d. Joguei jogos de dados, jogos de sobe e desce, ou outros jogos de dados			
e.Frequentei casinos (legais ou outros)			
f. Apostei em lotos ou em lotarias			
g. Joguei bingo			
h. Joguei na bolsa ou outros mercados financeiros			
i. Joguei em "Slot machines", máquinas de poker, ou outras máquinas de jogo a dinheiro			
j. Joguei bowling a dinheiro, bilhares, golf, ou outros jogos de perícia			
k. Joguei jogos de caneta e papel para além dos lotos e lotarias			
l. Joguei na internet			
l. Outra forma de jogo a dinheiro não mencionada acima (por favor especifique:_____			

P04. Qual foi a maior quantia de dinheiro que já alguma vez apostou num dia?

- ☐ Nunca joguei
- ☐ €1 ou menos
- ☐ Entre €1 e €10
- ☐ Entre €10 e €100
- ☐ Entre €100 e €1000
- ☐ Entre €1000 e €10,000
- ☐ Acima de €10,000

P05. Verifique quais das seguintes pessoas têm ou tiveram problemas com o jogo.

- ☐ pai
- ☐ irmão/irmã
- ☐ cônjuge
- ☐ outro parente
- ☐ mãe
- ☐ avô/avó
- ☐ um amigo/alguém importante na sua vida

P06. Quando joga, com que frequência volta no dia seguinte para tentar recuperar o que perdeu?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas das vezes (menos de metade das vezes que perco)
- ☐ A maioria das vezes que perco
- ☐ Sempre que perco

P07. Alguma vez disse que estava a ganhar dinheiro com o jogo, quando na realidade não estava?

- ☐ Nunca
- ☐ Sim, menos de metade das vezes que perdi
- ☐ Sim, a maioria das vezes

P08. Sente que já teve alguma vez problemas com apostas ou jogo a dinheiro?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Sim, no passado mas não agora

P09. Alguma vez jogou a dinheiro mais do que a sua intenção?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P10. Já várias pessoas criticaram o seu modo de jogar a dinheiro ou o que sucede quando joga?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P11. Alguma vez se sentiu culpado pela forma como joga, ou sobre o que sucede quando joga?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P12. Alguma vez pensou parar com o jogo a dinheiro, mas pensou que não conseguia?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P13. Alguma vez escondeu fichas de jogo, bilhetes de lotaria, ou sinais de jogo à sua mulher marido, filhos ou outras pessoas importantes para si?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P14. Alguma vez discutiu com pessoas acerca do modo como gere o seu dinheiro?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P15. (Se respondeu SIM à questão 29) As questões de dinheiro foram alguma vez a principal razão para jogar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P16. Alguma vez pediu dinheiro emprestado a alguém e não o devolveu por causa do jogo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P17. Alguma vez desperdiçou tempo relativo ao trabalho ou ao estudo por causa de jogos a dinheiro?

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18. Se alguma vez precisou de dinheiro para jogar ou para pagar dívidas de jogo, a quem ou onde o foi buscar? (Assinale Sim e Não para cada frase)

P18.1. Dinheiro destinado às despesas do lar

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.2. Ao seu cônjuge

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.3. A parentes seus ou do seu cônjuge

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.4. A bancos, empresas de crédito

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.5. A cartões de crédito

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.6. A agiotas/usurários

- ☐ Sim
- ☐ Não

P18.7. Vendeu acções, obrigações ou outros títulos

☐ Sim
☐ Não

P18.8. Vendeu património pessoal ou familiar

☐ Sim
☐ Não

P18.9. Passou cheques sem cobertura

☐ Sim
☐ Não

P18.10. Tem ou teve uma linha de crédito como o seu agente de apostas

☐ Sim
☐ Não

P19. Dentro de um grupo de actividades que lhe vou dizer diga-me qual o seu nivel de interesse. (0-sem interesse a 3-interesse obsessivo). PARA O ENTREVISTADO: Leia as actividades e marque um círculo à volta de um número ou do ponto de interrogação para cada actividade.

Actividades	Sem interesse	Algum interesse	Muito interesse	Interesse obsessivo	Não sabe
a. Ver televisão	0	1	2	3	?
b. Jogar às cartas (sem ser a dinheiro)	0	1	2	3	?
c. Jogar às cartas por dinheiro	0	1	2	3	?
d. Apostar em desporto	0	1	2	3	?
e.Apostar nas corridas de cavalos, cães ou peteca	0	1	2	3	?
f. Jogar nos lotos e lotarias	0	1	2	3	?
g. Jogar dominó ou dados a dinheiro	0	1	2	3	?
h. Jogar jogos de computador	0	1	2	3	?
i. Jogarem "Slot machines", ou outras máquinas de jogo a dinheiro	0	1	2	3	?
j. Jogar bingo a dinheiro	0	1	2	3	?
k. Jogar nos casinos	0	1	2	3	?
l. Jogar na bolsa	0	1	2	3	?
m. Outra forma de jogo a dinheiro não mencionada acima	0	1	2	3	?

P20. O seu interesse por alguma destas actividades lhe gera problemas familiares devido à quantidade de tempo que dedica a elas, ou problemas financeiros com a quantidade de dinheiro despende?

☐ Sim ⇒ PASSE PARA A **P20.1**
☐ Não

P20.1 Se o seu interesse por alguma destas actividades lhe gera problemas familiares devido à quantidade de tempo que dedica a elas, ou problemas financeiros com a quantidade de dinheiro despendida, por favor descreva a situação:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

P21. Em média quanto gasta por mês com jogo a dinheiro (tudo incluído)?



Questionário de diagnóstico do jogo patológico de acordo com os critérios do DSM-V

Elaboração de questões que permitam aferir a resposta a cada um dos critérios.

Por exemplo:

A1: necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes, (e.g.,"Precisou de arranjar mais dinheiro para apostar");

A2: inquietação ou irritação quando tenta reduzir ou parar o comportamento de jogo, (e.g., "Quando tentou reduzir ou parar de jogar, sentiu-se inquieto/irritável");

A3: esforços mal sucedidos em controlar, reduzir ou parar de jogar, (e.g., "Controlou, reduziu ou parou de jogar, sem sucesso");

A4: preocupação frequente com o jogo, (e.g., "A tua mente tem estado cheia de coisas relacionadas com o jogo");

A5: jogo frequente quando se sente angustiado (e.g., "Jogou quando se sentiu frequentemente infeliz");

A6: após perdas de dinheiro no jogo, regressa muitas vezes noutro dia para as recuperar, (e.g., "Quando perdeu uma aposta, voltou frequentemente a apostar num outro dia");

A7: mentir para dissimular a extensão de envolvimento com o jogo, (e.g., "Já alguma vez mentiu à sua família/amigos por causa do jogo");

A8: Prejudicou ou perdeu relações significativas, ou oportunidades académicas causadas pelo jogo (e.g., "O jogo já teve um impacto nos seus relacionamentos mais importantes e no seu trabalho");

A9: depende de terceiros para obter o dinheiro para aliviar situações financeiras por causa do jogo (e.g., "Já pediu dinheiro emprestado para jogar").

Carapinha (2022)

Escala de Avaliação de Sintomas de Jogo (G-SAS)

O questionário seguinte foi feito para avaliar os sintomas de jogo. Por favor, leia as questões cuidadosamente antes de respondê-las.

1) Se você teve vontade de jogar durante a última semana, em média, qual a intensidade dessa vontade? Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhuma Leve Moderada Forte Extrema
0 1 2 3 4

2) Durante a *última semana*, quantas vezes você sentiu vontade de jogar? Por favor circule o número mais apropriado.

0) Nenhuma
1) Uma vez
2) Duas ou três vezes
3) Entre algumas e muitas vezes
4) Constante ou próximo disso

3) Durante a *última semana*, quantas horas (no total) você esteve preocupado com a vontade de jogar? Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhuma 1h ou menos 1 a 7 h 7 a 21 h mais de 21 h
0 1 2 3 4

4) Durante a *última semana*, quanto você foi capaz de controlar sua vontade de jogar? Por favor, circule o número mais apropriado:

Completamente Muito Moderado Mínimo Sem controle
0 1 2 3 4

5) Durante a *última semana*, com que frequência surgiram pensamentos sobre jogo ou locais de apostas? Por favor circule o número mais apropriado:

0) Nenhuma
1) Uma vez
2) Duas a quatro vezes
3) Muitas vezes
4) Constantemente ou quase constantemente

6) Durante a *última semana*, aproximadamente quantas horas (no total) você passou pensando em jogo e locais de aposta? Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhuma 1h ou menos 1 a 7 h 7 a 21 h mais de 21 h
0 1 2 3 4

7) Durante a *última semana*, quanto você foi capaz de controlar seus pensamentos sobre jogo? Por favor, circule o número mais apropriado:

Completamente Muito Moderado Mínimo Nenhum
0 1 2 3 4

8) Durante a *última semana*, aproximadamente quanto tempo no total você passou jogando ou em atividades relacionadas ao jogo? Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhum 2 h ou menos 2 a 7 h 7 a 21 h mais de 21 h
0 1 2 3 4

9) Durante a *última semana*, em média, quanta tensão e /ou excitação você sentiu um pouco antes de começar a jogar? SE VOCÊ NÃO JOGOU, por favor, estime quanta tensão e /ou excitação você acredita que sentiria se tivesse jogado. Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhuma Mínima Moderada Muita Extrema
0 1 2 3 4

10) Durante a *última semana*, em média, quanta excitação ou prazer você sentiu quando ganhou? SE VOCÊ NÃO GANHOU, por favor, estime quanta excitação ou prazer você sentiria se tivesse ganhado. Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhuma Mínima Moderada Muita Extrema
0 1 2 3 4

11) Durante a *última semana* quanto estresse emocional (sofrimento mental ou angústia, vergonha, culpa, embaraço) o jogo lhe causou? Por favor, circule o número mais apropriado:

Nenhum Leve Moderado Grave Extremo
0 1 2 3 4

12) Durante a última semana, quanto problema pessoal (de relacionamento, financeiro, legal, no trabalho, médico ou de saúde) o jogo lhe causou? Por favor, circule o número mais apropriado:

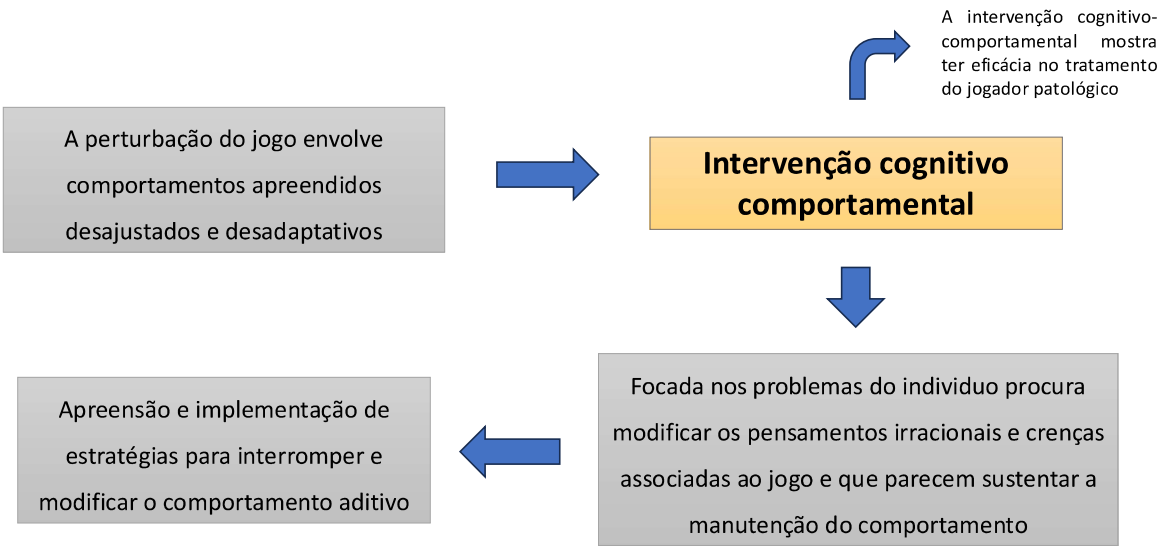
Nenhum Leve Moderado Grave Extremo
0 1 2 3 4

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) – Intervenções (linhas orientadoras)

- Avaliar nível da perturbação de jogo;
- Avaliar motivação da pessoa para a mudança de comportamento;
- Identificar crenças erróneas sobre o jogo e sua substituição por pensamentos mais realistas;
- Identificar "gatilhos" que levam ao comportamento aditivo pelo jogo;
- Executar apoio emocional;
- Assistir a pessoa na identificação das consequências da adição ao jogo;
- Assistir a pessoa a identificar pontos fortes e fracos (vantajoso para o comportamento de mudança);
- Treino de competências sociais;
- Treino da assertividade;
- Treino do autocontrolo de impulsos;
- Treino da técnica de resolução de problemas;
- Discussão da possibilidade de recaída e reconhecimento dos fatores de risco;
- Assistir a pessoa a identificar as estratégias de *coping* adequadas de forma a operacionalizá-las.

(SICAD, 2017; João, Portela & Cruz, 2020)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) - Intervenções



(SICAD, 2017; João, Portela & Cruz, 2020)

JOGO PATOLÓGICO (PERTURBAÇÃO DO JOGO) - "Jogadores Anónimos"

Grupos de ajuda à pessoa com perturbação de adição ao jogo

Instituto de Apoio ao Jogador

SOS AJUDA

Ajuda para pessoas com problemas de abuso, dependência, adição ao jogo

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES

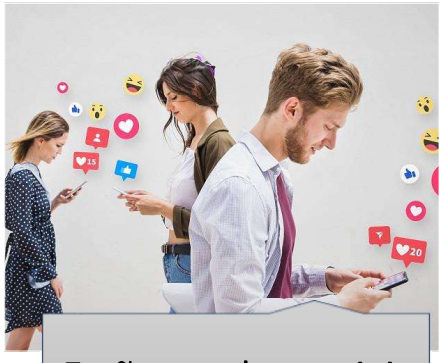
JA

UM DIA DE CADA VEZ

NOVAS ADIÇÕES A SURGIR…



Chemsex



Ecrãs e redes sociais

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico)

Prática sexual combinada com a ingestão voluntária de drogas psicoativas e não psicoativas (pode ser antes ou durante)

OBJETIVO → Aumentar o desempenho sexual e as experiências sexuais (mais desinibidos)

Substâncias psicoestimulantes:
GHB/GBL
Metanfetaminas
Mefedrona

\+ (Podem ser combinadas)

Outras substâncias
(ex: sildenafil)

= ↑ **Risco de complicações e overdose**

(Sousa, Camargo & Mendes, 2023; Nunes, 2022, Shem et al, 2023)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico)

Fenómeno cultural recente na Europa (aproximadamente 10 anos)			
Prática geralmente ocorre em contexto de **festas privadas, saunas e sex club**	**Múltiplos** parceiros	Prevalência do *chemsex* é elevada entre **relações sexuais de homens com homens**, sendo em Portugal de 9 a 30% dos casos	Idade da primeira experiência de chemsex é bastante variável, mas tem sido relatada uma **diminuição na idade dos praticantes** de chemsex nos últimos anos, com pessoas abaixo de 30 anos a iniciarem a prática



(Nunes, 2022)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico) – Porquê?

As principais razões relatadas pelos praticantes são:

- Obter relações sexuais mais intensas, prazerosas e prolongadas;
- Libertar-se do estigma de ser HIV positivo;
- Reduzir as preocupações com a imagem corporal e o medo da rejeição;
- Aumentar a confiança a nível sexual, diminuir a ansiedade de desempenho;
- Sentimento de pertencer à comunidade;
- Mais parceiros sexuais;
- Escapar a pensamentos negativos;
- Procura de sensações novas, desinibição e *coping* com a solidão;
- Explorar desejos e ultrapassar limites sexuais;
- A pressão dos pares para usar drogas (necessidade de aceitação);
- O uso de drogas como forma de *coping* para lidar com o estigma sendo uma minoria sexual

(Nunes, 2022)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico) – Consequências

Overdose | Problemas mentais e surtos psicóticos | *Craving* e tolerância | Disfunção erétil | Alterações na mucosa oral, desidratação, flebites, lesões | Problemas financeiros e legais

Slamming – utilização drogas endovenosas durante a relação sexual (efeito imediato 5-10 minutos)

Relações sexuais podem durar muitas horas, com múltiplos parceiros → **Aumento do risco de transmissão de DST**

(Nunes, 2022; Shem et al., 2023)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico) – Uso de novas tecnologias

Aumento da prática do *chemsex* favorecido pelas novas tecnologias de interação e relacionamento, como os aplicativos baseados em geolocalização

Grindr e **Hornet** são os dois aplicativos de encontro mais populares

- Usam o GPS do telemóvel para indicar contatos próximos;
- Identificam os simpatizantes e fornecedores de ilícitos de forma fácil - existe uma nomenclatura "padrão e internacional" baseada em emojis que facilita o contato;
- Não oferecem filtro de pesquisa de usuário e nem confirmam a identidade do usuário (ao contrário do Tinder, por exemplo), facilitando a venda, troca e compra de drogas nos aplicativos.

→

- e ❄ Cocaína
- Nitrito de alquilo (*poppers*)
- Metanfetaminas
- Ketamina (ou cetamina)
- GHB ou ácido gama-hidroxibutirato

(Sousa, Camargo & Mendes, 2023; Nunes, 2022)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico)

Estudo em Lisboa, salientou que esta prática não se resumia a ser entre relações de homens com homens, mas também noutros, sendo muito associada à comunidade *queer* (entre as quais pessoas não binárias e transgénera), mas também a profissões do sexo e migrantes.

↓

Importância de implementar intervenções centradas na pessoa e abordagens sensíveis à cultura

(Pires et al.,2022; Nunes, 2022)

CHEMSEX (Party and Play ou Sexo Químico) – Importante investir nos cuidados de saúde primários

Divulgação de informação sobre *chemsex,* e os riscos associados (consumo de drogas e DST)

- Locais onde a prática é realizada, através de organizações comunitárias, nas redes sociais
- Folhetos adaptados ao grupo-alvo, com informações sobre chemsex utilizando a gíria da prática e linguagem direta sobre sexo e drogas, assim como posters

Conhecimento dos pares é um pilar fulcral

- Estratégia de educação pelos pares

Aplicação de questionários

- Questionário CRAFFT, que pode ser aplicado a jovens, permite perceber quem tem maior propensão para comportamentos sexuais de risco, e embora não aborde especificamente o *chemsex,* a sua aplicação pode ser útil

Intervenções breves e entrevistas motivacionais

(Pires et al.,2022; Nunes, 2022)



Versão inglesa do cartaz produzido no âmbito da campanha chemsex em Lisboa

ECRÃS E REDES SOCIAIS



Qual a nossa dependência dos ecrãs?

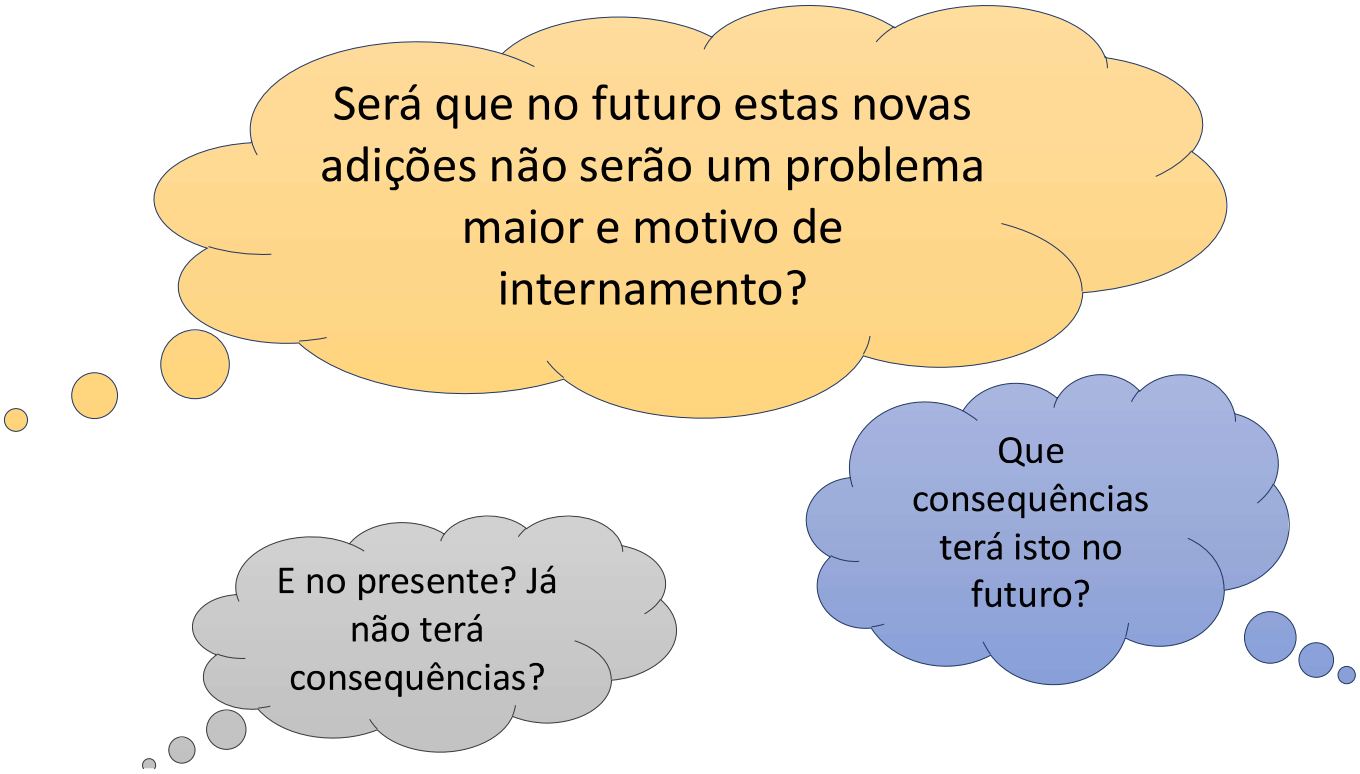








Qual a influência das redes sociais?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carapinha, I (2020). O Preço do Jogo: O Papel de Variáveis Individuais e Contextuais no Envolvimento em Apostas Desportivas em Adolescentes Portugueses. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]. Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Pires et al. (2022). Chemsex in Lisbon? SelfReflexivity to Uncover the Scene and Discuss the Creation of Community-Led Harm Reduction Responses Targeting Chemsex Practitioners. Contemporary Drug Problems, Vol. 49(4) 434-452.

Shem, G. et al (2023). Chemsex e o seu impacto na saúde. Open Science Research, 593-608.

Sousa, A.; Camargo, E. & Mendes, I. (2023). Chemsex e suas repercussões na saúde de homens que fazem sexo com homens: uma perspectiva de saúde global. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20230004. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0004pt

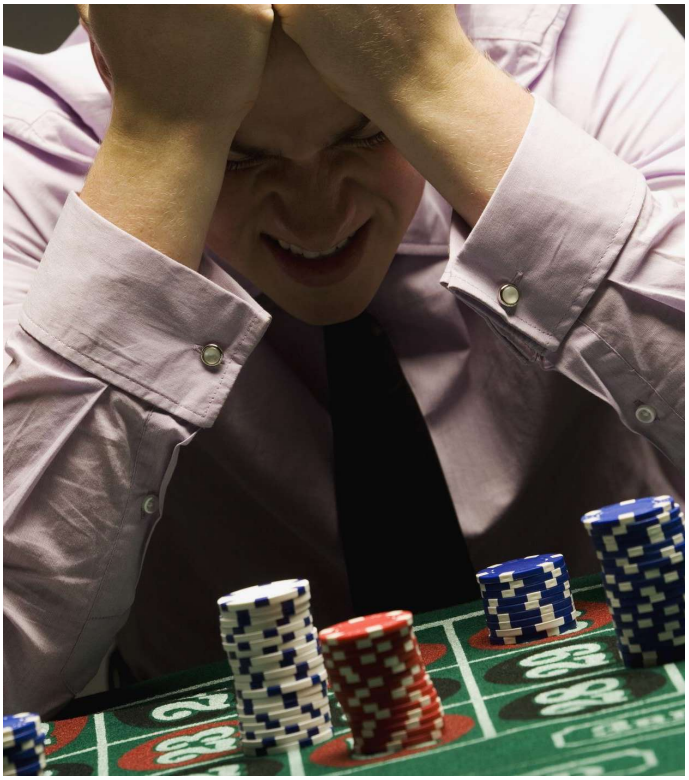
Nunes, I (2022). Sensibilização de profissionais dos cuidados de saúde primários para a prática de chemsex, estratégias de redução de riscos e danos. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

João, H.; Portela, P. & Cruz, V. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1a , pp. 301–306). Lidel.

SICAD (2017). Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância – A Pertubação do Jogo. Lisboa. 2017.

Vilardel, D. & Morgado, P. (2020). Scratching the surface of a neglected threat: huge growth of Instant Lottery in Portugal. The Lancet Psychiatry, volume 7. DOI:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30039-0

Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Artmed Editora, 2014



[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade de Patologia Dual – [redacted]

NOVAS ADIÇÕES

Trabalho realizado por: João Santos e Raquel Caridade (Alunos do Curso de Mestrado em ESMP) sob a orientação da [redacted]

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Ação de formação “Novas Adições”

Este questionário versa um conjunto de questões relativas ao modo como perceciona a formação de modo a aferir o grau de satisfação.

Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

1. Assinale, de um modo geral, o seu grau de satisfação relativamente à ação de formação que realizou.

□ Nada satisfeito(a).

□ Satisfeito(a).

□ Muito satisfeito(a).

□ Totalmente satisfeito(a).

2. Aponte o seu grau de satisfação quanto à pertinência da ação de formação.

□ Nada satisfeito(a).

□ Satisfeito(a).

□ Muito satisfeito(a).

□ Totalmente satisfeito(a).

3. Classifique o seu grau de satisfação quanto ao desempenho do(s) formador(es)

□ Nada satisfeito(a)

□ Satisfeito(a)

□ Muito satisfeito(a)

□ Totalmente satisfeito(a)

4. As suas expetativas foram cumpridas?

□ Sim.

□ Não.

4.1. Se sim, em que medida?

□ Pouco.

□ Bastante.

□ Totalmente.

5. Apreciação global

_____

_____

_____

_____

6. Sugestões

_____

_____

_____

_____

Obrigada pela sua participação!

Apêndice VIII: Sessão psicoeducativa “Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão Psicoeducativa – Ansiedade e estratégias para controlo da ansiedade		
Objetivo Geral: Promover o autocontrolo da ansiedade		
População-alvo: Utentes da Unidade de Psiquiatria Forense – [redacted] **Critérios de inclusão:** Utentes com diagnóstico de ansiedade presente **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento, utentes que apresentem défice cognitivo grave, utentes que não apresentem diagnóstico de ansiedade aquando aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo I)		
Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade e autocontrolo de ansiedade		
Data: a definir	**Hora:** a definir	**Duração:** 30 minutos
Local: Sala de estar (ala verde)		
Dinamizadores: Aluna do Mestrado ESMP Raquel Caridade, com [redacted]		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar a literacia em saúde sobre ansiedade;
- Compreender os sinais e sintomas da ansiedade;
- Identificar estratégias para o controlo da ansiedade.

CONTEÚDOS

- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Apresentação em *powerpoint* sobre a ansiedade, sinais e sintomas de ansiedades e estratégias para o controlo da ansiedade;
- Realização de uma breve síntese no final da atividade do que foi realizada através do jogo "Ansiedade… és tu?" que permite também aferir os conhecimentos adquiridos;
- Momento de partilha de experiências e opiniões, promovendo a discussão em grupo;
- Entrega de folheto informativo sobre o tema;
- Aplicação de questionário de satisfação.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método expositivo: Apresentação *powerpoint*, folheto informativo
- Método interativo: Jogo em forma de *quizz* sobre a ansiedade e estratégias de controlo da ansiedade

RECURSOS

Materiais:

Cadeiras, computador, projetor, canetas, folheto informativo.

Estruturais:
Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (para regulação da intensidade da luz).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Preenchimento de um questionário de satisfação de avaliação qualitativa, através de uma questão de resposta aberta (Apêndice I);
- Observação direta dos conhecimentos adquiridos pelos intervenientes pela realização do jogo (Ansiedade… És tu?);
- Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton aos participantes, antes e após 15 dias.

AVALIAÇÃO DE RESULTADO (a preencher após sessão)

APÊNDICE I: Questionário de satisfação da sessão

Qual a sua opinião sobre a sessão realizada?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada pela participação!

ANEXO I: Escala de Ansiedade de Hamilton

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave (Incapacitante)
1. Humor Ansioso: Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comover-se facilmente, tremores, sensação de cansaço, incapacidade para descontrair e agitação.					
3. Medos: De escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insuficiente e cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual: dificuldade de concentração, memória fraca.					
6. Humor Deprimido: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, acordar cedo, alteração de humor.					
7. Nível Somático (muscular): Dores no corpo todo, contrações espasmódicas, rigidez, ranger dos dentes, voz trémula.					
8. Nível Somático (sensorial): Zumbido, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, taquicardia, sensação de desmaio, falta de pulsação.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, ardor, sensação de enfartamento, azia, náuseas, vómitos, angústia, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Micção frequente, vontade urgente de urinar, amenorreia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, perda de ereção, impotência.					
13. Sintomas Anatómicos: Boca seca, rubor facial, palidez, sudorese, tonturas, cefaleia de tensão, arrepios.					
14. Comportamento na Entrevista: Angústia, inquietação ou caminhar de um lado para o outro. Mãos a tremer, franzir a testa, expressão facial tensa, respiração profunda e acelerada, palidez facial, deglutições frequentes, etc.					

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Vamos conversar sobre...

Ansiedade

Conceito e estratégias de autocontrolo



Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação [redacted]

O que é a ansiedade?



A ansiedade...

- É uma emoção, tal como a alegria, a raiva ou a calma.
- É uma emoção que nos faz ficar preocupados, nervosos ou com medo.
- Todas as pessoas se sentem ansiosas ocasionalmente.



A ansiedade...

Funciona como um sistema de alarme do nosso corpo, que nos deixa alerta para um perigo.

O alarme dispara quando o cérebro prevê que uma situação pode ser perigosa.

Exemplo: falar em público



A ansiedade pode ser...



Útil e protetora

Ex: estimula a evitar os perigos...

Prejudicial

Em níveis elevados e prolongados no tempo e quando impede que façamos determinadas atividades (ir a determinados locais, dormir...).



A ansiedade...

- Pode relacionar-se com algo concreto ou pode não ter uma causa específica.
- Por vezes é difícil perceber qual o motivo da ansiedade que sentimos.

Como reconheço a ansiedade?

- Reconhecer os sinais da ansiedade é importante!

- Quando somos capazes de o fazer, a ansiedade deixa de ser tão assustadora.



A Ansiedade...

Pode manifestar-se de várias formas.

Pensamento

Preocupações,
inquietação
Angústia
Medo, pânico

Comportamento

Agitação
Irritabilidade
Evitamento

Reações vegetativas

Coração acelerado
Transpiração
Dificuldade em respirar

ANSIEDADE



Fonte: Brian (2021)

Podemos ter um dos sintomas, vários ou todos os sintomas

Como controlar a Ansiedade?

Exercício físico e hobby
Fazer exercício (algo que gostemos)
Realizar atividades prazerosas para nós

Respirar e refletir
Respirar fundo e contar até dez lentamente
Identificar o que nos causa ansiedade
Aceitar que nem todas as situações são controláveis

Relaxar
Dedicar tempo a nós (ouvir música, passear num sitio agradável)
Realizar técnicas de relaxamento



Ser positivo
"É realmente tão mau quanto eu penso ser?"
Substituir pensamentos negativos por positivos
Procurar dar o melhor em vez de procurar ser perfeito

Relação com os outros
Partilhar o que sentimos com aqueles que lhe são mais próximos
Pedir ajuda
Conviver com os outros

Hábitos de estilo de vida saudáveis
Diminuir consumos de café
Cessar consumos de álcool
Manter hábitos de sono adequados



Jogo:
Ansiedade... És tu?

ANSIEDADE... ÉS TU?

COMO JOGAR?

Em cada pergunta terão 4 respostas possíveis.

Deverão descobrir qual a resposta correta.

BOA SORTE!

Iniciar

ANSIEDADE... ÉS TU?

O que é a ansiedade?

A Emoção que nos faz ficar preocupados, nervosos ou com medo

B Funciona como um sistema de alarme de perigo

C Todas estão corretas

D Pode ser útil e protetora ou prejudicial

ANSIEDADE... ÉS TU?

O que é a ansiedade?

A Emoção que nos faz ficar preocupados, nervosos ou com medo

B Funciona como um sistema de alarme de perigo

C Todas estão corretas

D Pode ser útil e protetora ou prejudicial

Próxima

ANSIEDADE... ÉS TU?

Quais destes são sintomas de ansiedade?

A Coração acelerado

B Tremores

C Dificuldade em dormir

D Todos os anteriores

ANSIEDADE... ÉS TU?

Quais destes são sintomas de ansiedade?

A Coração acelerado

B Tremores

C Dificuldade em dormir

D Todos os anteriores

Próxima

ANSIEDADE... ÉS TU?

Qual destas NÃO é uma estratégia para controlar a ansiedade?

A Ter um estilo de vida saudável

B Conviver com os outros e fazer coisas que gostemos

C Respirar fundo e contar até 10

D Aumentar o consumo de café

ANSIEDADE... ÉS TU?

Qual destas NÃO é uma estratégia para controlar a ansiedade?

A Ter um estilo de vida saudável

B Conviver com os outros e fazer coisas que gostemos

C Respirar fundo e contar até 10

D Aumentar o consumo de café

Terminar

VENCEDORES

Parabéns

Obrigada pela atenção

Bibliografia

Brian, R. (2020). Não te preocupes (Tanto!). (1ª Ed.). Lisboa: Penguin Random Grupo Editorial Unipessoal, Lda. ISBN: 978-989-784-254-2.

Sampaio, F.; Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). *Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1a , pp. 286–290). Lidel.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (5ªed.). Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Pombo, S. & Ferro, A. (2020). *Aprenda sobre a sua ansiedade!*. Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental, 2edição. https://www.researchgate.net/publication/344461927_Aprenda_sobre_a_sua_ansiedade_MANUAL_DIDATICO_SOBRE_ANSIEDADE_2_EDICAO

Lopes, M. (2022). As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção da Ansiedade na Adolescência. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5881/1/Maria%20Lopes_pdfa.pdf

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Vamos conversar sobre...

Ansiedade

Conceito e estratégias de autocontrolo



Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação [redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANSIEDADE

Estratégias para controlo da ansiedade

O que é a ansiedade?

Emoção que nos faz ficar **preocupados**, **nervosos** ou com **medo**

TODAS AS PESSOAS SE SENTEM ANSIOSAS OCASIONALMENTE

A ansiedade é sempre prejudicial?

A ansiedade controlada é útil e protetora.
Esta torna-se prejudicial quando em níveis elevados e quando é prolongada no tempo, afetando o nosso funcionamento.

Quais os sintomas de ansiedade?

Dificuldade de concentração, tonturas, transpiração, dificuldade em respitar, dor no peito, dormência ou arrepios, músculos tensos, dor de cabeça, suores frios, coração acelerado, dificuldade em dormir, tremores, dor de barriga.

Podemos ter um dos sintomas, vários ou todos



Como podemos controlar a ansiedade?

Exercício físico e hobby

Fazer exercício (algo que gostemos)
Realizar atividades prazerosas para nós

Respirar e refletir

Respirar fundo e contar até dez lentamente
Identificar o que nos causa ansiedade
Aceitar que nem todas as situações são controláveis

Relaxar

Dedicar tempo a nós (ouvir música, passear num sitio agradável)
Realizar técnicas de relaxamento



Ser positivo

"É realmente tão mau quanto eu penso ser?"
Substituir pensamentos negativos por positivos
Procurar dar o melhor em vez de procurar ser perfeito

Relação com os outros

Partilhar o que sentimos com aqueles que lhe são mais próximos
Pedir ajuda
Conviver com os outros

Hábitos de estilo de vida saudáveis

Diminuir consumos de café
Cessar consumos de álcool
Manter hábitos de sono adequados



Principais benefícios da técnica de relaxamento

1. **Diminui a ansiedade e o *stress***
2. **Melhora o sono**
3. **Causa sensação de bem-estar**

Apêndice IX: Sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson		
Finalidade: Incluída no "Projeto Relaxamento" já implementado no serviço, visa promover a melhoria da qualidade de vida dos utentes, proporcionando bem-estar		
População-alvo: Utentes da Unidade de Psiquiatria Forense – [redacted] **Critérios de inclusão:** Utentes com diagnóstico de ansiedade presente **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento, utentes que apresentem défice cognitivo grave, utentes que não apresentem diagnóstico de ansiedade aquando aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo I)		
Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade e autocontrolo de ansiedade		
Data: 11/01/2024	**Hora:** 18:00	**Duração:** 60 minutos
Local: Sala de estar (ala verde)		
Dinamizadores: Aluna do Mestrado ESMP Raquel Caridade, com a tutoria [redacted]		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diminuir níveis de ansiedade;
- Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade;
- Melhorar o sono;
- Proporcionar sensação de bem-estar.

CONTEÚDOS

- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Avaliação da tensão arterial e da frequência cardíaca dos participantes;
- Execução da técnica de relaxamento, com recurso a guião;
- Avaliação da tensão arterial e da frequência cardíaca dos participantes;
- Momento de partilha de sentimentos e opiniões, promovendo a discussão em grupo.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método ativo e interrogativo

RECURSOS

Materiais:

Colchões, rádio, CD com música de relaxamento.

Estruturais:

Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (para regulação da intensidade da luz).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Avaliação da tensão arterial e da frequência cardíaca participantes, antes e após sessão

de relaxamento;
- Observação direta do comportamento dos participantes;
- Avaliação da sessão feita pelos participantes.

APÊNDICE I: Exemplo de guião para Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Deite-se de forma confortável… Como for melhor para você… Se se sentir confortável, feche os olhos suavemente… Imagine que tem uma bola em cima da sua barriga… vai respirar lenta e profundamente… de modo que quando inspira devagar enchendo os pulmões de ar a bola desça suavemente e quando expira devagar o ar para fora a bola suba suavemente… Traga toda a sua atenção para a sua respiração… e respire de forma calma e tranquila… profundamente… sentindo o ar a entrar e a sair de forma suave… Perceba como a sua respiração flui naturalmente e continue a respirar lentamente… calmamente… Aprecie a tranquilidade.

Agora INSPIRE PROFUNDO… expandido o abdómen… e a caixa torácica… SEGURE O AR por alguns momentos… e EXPIRE relaxando todo o seu corpo… INSPIRE PROFUNDO mais uma vez… expandindo o abdómen… expandido a caixa torácica…. SEGURE O AR por breves instantes… e EXPIRE… solte o ar todo de forma suave... sem pressas… vamos repetir pela terceira e última vez... INSPIRE PROFUNDO mais uma vez… expandindo o abdómen… expandido a caixa torácica…. SEGURE O AR por breves instantes… e EXPIRE… solte o ar todo e relaxe… deixando o corpo respirar por si próprio… isso… calmamente…

CABEÇA

Agora peço que centre a sua atenção toda na cabeça… Foque a sua atenção nos músculos da cara… levante e baixe as sobrancelhas…enrugue e desenrugue o nariz… mexa a boca… sinta cada movimento que está a fazer… Agora vou pedir-lhe que feche com força os olhos… enrugue o nariz… e aperte os dentes uns contra os outros pressionando a língua contra o palato… Note a tensão… (Manter durante 5 a 10 segundos) Agora relaxe calmamente… sinta a sensação do relaxar de cada músculo… respire suavemente… sem pressas… isso mesmo (Manter durante 30 a 40 segundos)

Vamos repetir… feche com força os olhos… enrugue o nariz… e aperte os dentes uns contra os outros pressionando a língua contra o palato… Note a tensão… (Manter durante 5 a 10 segundos) Agora relaxe calmamente… sinta a sensação do relaxar de cada músculo… respire suavemente… sem pressas… isso mesmo (Manter durante 30 a 40 segundos)

PESCOÇO E OMBROS

Agora vamos passar ao pescoço e aos ombros… movimente o pescoço de um lado para o outro… de cima para baixo… de forma circular… sinta cada movimento… movimente os ombros devagar… isso… agora contraía os músculos do pescoço puxando o queixo para o peito sem tocar no peito e puxe os ombros para cima … Note a tensão nesses músculos (Manter durante 5 a 10 segundos) Agora calmamente relaxe e deixe o pescoço e os ombros voltarem à sua posição de conforto… Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados… Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Respire lentamente…profundamente…Sem pressas…Isso mesmo… (Manter durante 30 a 40 segundos)

Novamente… contraía os músculos do pescoço puxando o queixo para o peito sem tocar no peito e puxe os ombros para cima … Note a tensão nesses músculos (Manter durante 5 a 7 segundos)… e relaxe.. deixe o pescoço e os ombros voltarem à sua posição de conforto… Isso mesmo… (Manter durante 30 a 40 segundos)

Respirar de forma tranquila… suave… perceba a sensação de bem estar… isso…

COSTAS

Vamos agora levar a sua atenção para as suas costas… pressione os ombros contra o colchão e dê uma suave arqueada nas suas costas… esticando levemente o seu abdómen… mantenha e sinta a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)… e agora relaxe e deixe o corpo voltar à sua posição de conforto (Manter durante 30 a 40 segundos)

Mais uma vez… pressione os ombros contra o colchão e dê uma suave arqueada nas suas costas… esticando levemente o seu abdómen… mantenha e sinta a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)… e agora relaxe (Manter durante 30 a 40 segundos)

Respire suavemente… sem forçar nada… viva o momento presente

BARRIGA

Agora vamos continuar para a barriga… encolha o estomago para dentro e mantenha sentindo a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)… e agora relaxe e deixe o corpo voltar à sua posição de conforto… (Manter durante 30 a 40 segundos)

Mais uma vez… encolha o estomago para dentro e mantenha sentindo a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)… e relaxe (Manter durante 30 a 40 segundos)

Respire calmamente e sinta a respiração

PERNAS

Agora vamos mais abaixo e procurar que todo o corpo esteja relaxado... vamos passar ás pernas...

As pernas, tal como os braços, estão em constante movimento... subir e descer escadas... caminhar... estar sentado... constantemente a suportar o peso do corpo... tornando-se dolorosas e cansadas…

Vamos fazer qualquer coisa para ajudar... vamos tentar relaxá-las... torná-las leves...

O que eu gostaria que fizessem era que comprimissem os joelhos de encontro ao colchão... comprimam bem de forma a sentir o colchão por baixo (Manter durante 5 a 10 segundos)… E agora muito... muito devagar... deixem-nos voltar à posição normal... deixe repousar naturalmente (Manter durante 30 a 40 segundos)

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais relaxados, mais libertos, mais soltos… É bom estar relaxado. (Manter durante 30-40 segundos)

Vamos repetir… comprimiam os joelhos de encontro ao colchão...comprimam bem a e sentir o colchão por baixo (Manter durante 5 a 10 segundos)… E agora muito... muito devagar... deixem-nos voltar à posição normal e relaxe… deixe toda a tensão sair (Manter durante 30 a 40 segundos)

PÉS

Agora vamos aos pés... vamos tentar relaxá-los...

Assim, o que tem que fazer é esticar bem os vossos dedos para cima... Puxem-nos bem para cima (Manter durante 5 a 10 segundos)... E, muito suavemente ... relaxem... deixem-nos voltar à posição normal (Manter durante 30 a 40 segundos)

Vamos, tentar outra vez... estiquem bem os dedos dos pés... até sentirem bem a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)... E, muito suavemente... deixem-nos voltar ao normal... completamente relaxados (Manter durante 30 a 40 segundos)

BRAÇOS E MÃOS

Agora vamos passar para os braços e mãos… Mexa-os calmamente e sinta cada movimento…

Agora contraia os músculos, fechando a mão com força e dobrando o braço pelo cotovelo, fazendo força,… Sinta a tensão na sua mão e no seu braço até ao ombro. Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados (Manter durante 5 a 10 segundos) E relaxe… Deixe toda a tensão sair, diluir-se… Repare na diferença na sua mão, no seu braço…Repare na diferença entre tensão e relaxamento…Repare a mudança…preste atenção a estes músculos, como os seus músculos se sentem quando estão relaxados… Repare como se sente bem e como essa sensação é tão boa e continue a respirar lenta e profundamente…Isso!.. Deixe todo a tensão sair enquanto expira e sinta a tranquilidade… (Manter durante 30 a 40

segundos).

TODO O CORPO

Vamos agora à última fase do relaxamento... vamos tentar agora o corpo todo...

Vamos tentar contrair cada musculo do corpo ao mesmo tempo... face… pescoço e ombros… braços… mãos… estomago… pernas… e pés…

Contraiam essas partes bem...até sentirem a rigidez… sentirem bem a tensão (Manter durante 5 a 10 segundos)… E… muito lentamente... deixem esses músculos voltarem à posição normal... deixem sair a tensão completamente... relaxados... numa posição confortável... deixem sair a tensão... (Manter durante 30 a 40 segundos).

Mais uma vez… face… pescoço e ombros… braços… mãos… estomago… pernas… e pés… contrair bem (Manter durante 5 a 10 segundos)… e relaxar (Manter durante 30 a 40 segundos).

FINAL

Devagar assuma uma posição de conforto e respire calmamente… Imagine-se num sitio onde habitualmente encontra paz e tranquilidade... transporte-se para lá neste momento… sinta o odor à sua volta,… sinta os sons que o rodeiam… sinta a tranquilidade …. sente-se tão bem… e pensa “é tão bom sentir-me assim”

Agora que se sente mais relaxado e tranquilo vamos abandonar este exercício calmamente e muito devagar e suavemente pode ir mexendo o corpo e abrir os olhos e regressando à sala, lembrando que nós somos muito mais fortes do que o que pensamos.

Apêndice X: Sessão psicoeducativa “Adesão ao regime terapêutico e prevenção da recaída”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão Psicoeducativa – Adesão ao Regime Terapêutico		
Objetivo Geral: Promover a adesão ao regime terapêutico e prevenir a recaída e o reinternamento		
População-alvo: Utentes da Unidade de Psiquiatria Forense – [redacted] **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento, utentes que apresentem défice cognitivo grave		
Diagnóstico de enfermagem: Não adesão ao regime terapêutico		
Data: 15/02/2024	**Hora:** 11:00	**Duração:** 30 minutos
Local: Sala de estar (ala verde)		
Dinamizadores: Aluna do Mestrado ESMP Raquel Caridade, com a tutoria [redacted]		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar a literacia sobre adesão ao regime terapêutico;
- Reconhecer a importância da adesão ao regime terapêutico para a manutenção do estado de saúde;
- Reconhecer que uma não adesão ao regime terapêutico pode conduzir à recaída e consequentemente ao reinternamento;
- Reconhecer sinais de alerta de recaída;
- Promover a adoção de estratégias que previnam a recaída;
- Promover a adesão ao regime terapêutico.

CONTEÚDOS

- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Apresentação em *powerpoint* sobre adesão ao regime terapêutico e sua importância, recaídas e sinais de alarme e estratégia preventivas de recaída;
- Momento de partilha de experiências e opiniões, promovendo a discussão em grupo;
- Entrega de folheto informativo sobre o tema;
- Aplicação de questionário de satisfação.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método expositivo: Apresentação *powerpoint*, folheto informativo

RECURSOS

Materiais:

Cadeiras, computador, projetor, canetas, folheto informativo.

Estruturais:

Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (para regulação da intensidade da luz).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Preenchimento de um questionário de satisfação de avaliação qualitativa, através de uma questão de resposta aberta (Apêndice I);

AVALIAÇÃO DE RESULTADO (a preencher após sessão)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE I: Questionário de satisfação da sessão

Qual a sua opinião sobre a sessão realizada?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada pela participação!

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Adesão ao regime terapêutico



Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação [redacted]

Adesão ao regime terapêutico

Participação **ativa** da pessoa no plano de tratamento



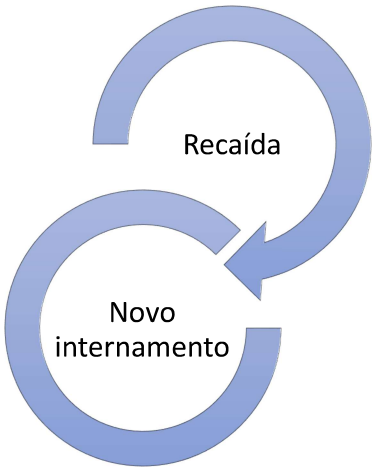
Medicamentosa ou outra

Consequências da não adesão ao regime terapêutico

Não adesão ao tratamento → RECAÍDA

RECAÍDA é uma condição em que os sintomas aparecem novamente, ou ficam mais graves, depois de um tempo em que eles estavam controlados. Ficar "mal" novamente depois de ter ficado "bem" por um tempo.

Comum voltar a ter dificuldades para realizar as atividades do dia a dia, como no trabalho, escola e tarefas domésticas. As recaídas podem atrapalhar muito a vida da pessoa e da sua família



IMPORTANTE

1º

Seguir o tratamento e manter estilos de vida saudáveis

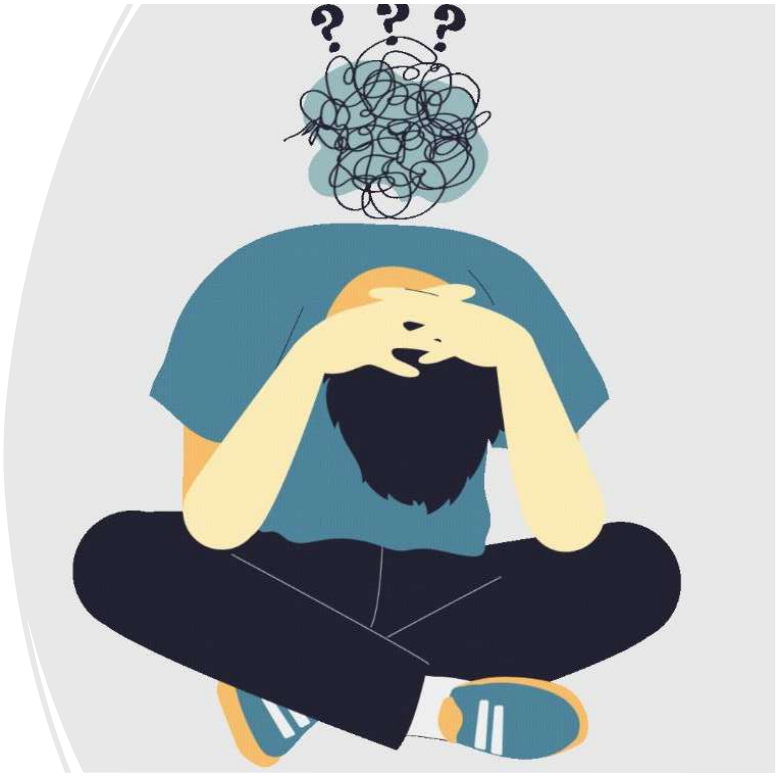
Se houver alguma dúvida no tratamento ou algum sintoma que identifique associado à toma de algum medicamento comunique → **é normal numa fase inicial do tratamento medicamentoso sentir algumas alterações**

2º

Identificar a recaída e procurar tratamento de forma rápida pode evitar que os sintomas fiquem mais graves e que ocorram outros problemas pessoais, bem como diminuir a chance da necessidade de uma internação em um hospital

RECAÍDA

Sinais de alarme





Mudanças no sono

- Começar a dormir menos, ter mais dificuldade para dormir, ou ter muitos pesadelos



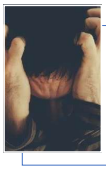
Grandes mudanças no comportamento

- Ficar muito conversador ou muito quieto; gastar muito dinheiro; ficar extremamente feliz ou muito triste sem ter motivos



Ficar mais irritado, sem paciência e agressivo

- Gritar com as pessoas, discutir frequentemente



Ficar mais ansioso e agitado

- Não conseguir parar quieto, não conseguir ficar sentado por muito tempo



Ter mais dificuldade para se concentrar, ficar distraído ou muito esquecido

- Não conseguir prestar atenção em nada, como, por exemplo, na televisão



Querer ficar mais distante de outras pessoas

- Sentir menos necessidade de conversar e de estar com outras pessoas ou de sair de casa



Dificuldade em conversar com outras pessoas

- Falar de maneira mais confusa ou sem sentido



Pensar de maneira mais acelerada e confusa



Ter mais dificuldade para fazer as atividades do dia a dia

- Dificuldade no trabalho e/ou escola, e em atividades domésticas, como, por exemplo, lavar louça, limpar a casa ou cozinhar



Perder a vontade e o interesse em fazer coisas, sentir-se fraco e sem energia;



Parar de se preocupar com a higiene e aparência

- Não escovar os dentes, não tomar banho e não pentear os cabelos



Sentir desejo ou pensamento em machucar-se



Sentir como se estivesse a ser castigado por algo



Sentir-se culpado, impotente ou inútil

- Achar que não tem capacidade para realizar tarefas ou fazer as coisas



Sentir medo, desconfiança ou desconforto quando está perto de outras pessoas

- Pensar que as pessoas estão contra você e que não pode confiar em ninguém



Não se sentir seguro ou sentir que algo mau vai acontecer



Achar que está a ser perseguido ou que alguém quer lhe fazer algum mal



Sentir que algo diferente ou estranho está a acontecer



Ouvir as vozes de outras pessoas, mesmo quando ninguém está por perto, ou ouvir sons que não parecem reais



Achar que as pessoas estão a falar de si



Pensamento com ideias estranhas

- Por exemplo, achar que pode ser outra pessoa ou estar em outro mundo

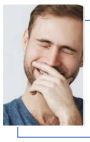


Sentir-se forte e poderoso

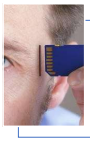
- Por exemplo, pensar que tem poderes especiais como de curar pessoas ou fazer com que fiquem doentes



Pensar que pode ler a mente de outras pessoas ou que outras pessoas podem ler sua mente



Rir sem motivo ou falar sozinho



Achar que seus pensamentos estão a ser controlados

- Por exemplo, achar que tem um chip na sua cabeça a controlá-lo



Acreditar que a TV ou rádio estão lhe enviando mensagens



Sensação de misturar a realidade com a imaginação



RECAÍDA
Como prevenir?

Usar os medicamentos conforme combinado com o médico	Nunca pare o tratamento por conta própria (às vezes demora um pouco para que consiga ver os resultados do tratamento)	Não abandone o tratamento (ir ás consultas, por exemplo)
Inclua na sua rotina atividades físicas (caminhadas, corridas, ginástica, entre outros), de relaxamento e de lazer (assistir filmes, sair e conversar com amigos, passear em parques) ou outras atividades que você goste e que lhe fazem bem	Evite o uso de bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas	Peça ajuda e fale com os profissionais para arranjar estratégias para lidar com as situações mais stressantes
Estabeleça uma rotina, definindo horários para atividade de estudo, trabalho e lazer; hora de dormir, de fazer suas refeições e de realizar seus cuidados de higiene pessoal;	Procure rapidamente por ajuda quando identificar sinais de alerta para recaída;	Construa uma rede de apoio, incluindo amigos, familiares e profissionais de saúde;



NÃO SE ESQUEÇA…

A sua recuperação também depende de si!

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

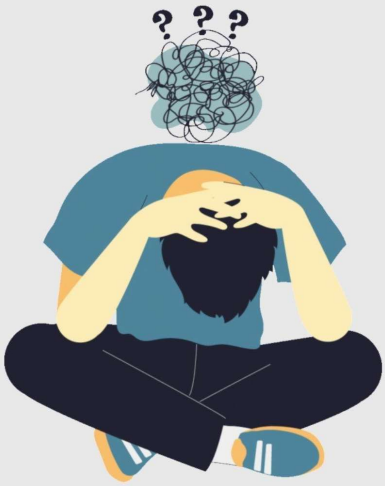
Adesão ao regime terapêutico



Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação das Enf. Tutoras Conceição Pina e Marina Pimentel e da Professora Doutora Ana Paula Monteiro)

PREVENIR RECAIDAS

saúde mental



Em caso de algum destes sinais de alerta:

PEDIR AJUDA!

Unidade de Psiquiatria Forense

[redacted]

[redacted]

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

SINAIS DE ALERTA

- ☐ Mudanças no sono (Começar a dormir menos, ter mais dificuldade para dormir, ou ter muitos pesadelos)
- ☐ Grandes mudanças no comportamento (Ficar muito conversador ou muito quieto; gastar muito dinheiro; ficar extremamente feliz ou muito triste sem ter motivos)
- ☐ Ficar mais irritado, sem paciência e agressivo (Gritar com as pessoas, discutir frequentemente)
- ☐ Ficar mais ansioso e agitado (Não conseguir parar quieto, não conseguir ficar sentado por muito tempo)
- ☐ Ter mais dificuldade para se concentrar, ficar distraído ou muito esquecido (Não conseguir prestar atenção em nada, como, por exemplo, na televisão)
- ☐ Querer ficar mais distante de outras pessoas (Sentir menos necessidade de conversar e de estar com outras pessoas ou de sair de casa)
- ☐ Dificuldade em conversar com outras pessoas (Falar de maneira mais confusa ou sem sentido)
- ☐ Pensar de maneira mais acelerada e confusa
- ☐ Ter mais dificuldade para fazer as atividades do dia a dia (Dificuldade no trabalho e/ou escola, e em atividades domésticas, como, por exemplo, lavar louça, limpar a casa ou cozinhar)
- ☐ Sentir desejo ou pensamento em machucar-se
- ☐ Parar de se preocupar com a higiene e aparência (Não escovar os dentes, não tomar banho e não pentear os cabelos)
- ☐ Perder a vontade e o interesse em fazer coisas, sentir-se fraco e sem energia
- ☐ Sentir como se estivesse a ser castigado por algo
- ☐ Sentir-se culpado, impotente ou inútil (Achar que não tem capacidade para realizar tarefas ou fazer as coisas)
- ☐ Sentir medo, desconfiança ou desconforto quando está perto de outras pessoas (Pensar que as pessoas estão contra você e que não pode confiar em ninguém)
- ☐ Não se sentir seguro ou sentir que algo mau vai acontecer
- ☐ Achar que está a ser perseguido ou que alguém quer lhe fazer algum mal
- ☐ Sentir que algo diferente ou estranho está a acontecer
- ☐ Ouvir as vozes de outras pessoas, mesmo quando ninguém está por perto, ou ouvir sons que não parecem reais
- ☐ Achar que as pessoas estão a falar de si
- ☐ Pensamento com ideias estranhas (Por exemplo, achar que pode ser outra pessoa ou estar em outro mundo)
- ☐ Sentir-se forte e poderoso (Por exemplo, pensar que tem poderes especiais como de curar pessoas ou fazer com que fiquem doentes)
- ☐ Pensar que pode ler a mente de outras pessoas ou que outras pessoas podem ler sua mente
- ☐ Rir sem motivo ou falar sozinho
- ☐ Achar que seus pensamentos estão a ser controlados (Por exemplo, achar que tem um chip na sua cabeça a controlá-lo)
- ☐ Acreditar que a TV ou rádio estão lhe enviando mensagens
- ☐ Sensação de misturar a realidade com a imaginação

Apêndice XI: Sessão “Preço Certo”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão "Preço Certo: Como gerir o meu dinheiro?"		
Objetivo Geral: Capacitar o utente a gerir o seu dinheiro de forma adequada		
População-alvo: Utentes da Unidade de Psiquiatria Forense – [redacted] **Critérios de inclusão:** Utentes que apresentam dificuldades na gestão autónoma dos recursos económicos disponíveis e em aquisição de bens (fazer compras). De acordo com as linhas orientadoras do Manual de Aplicação da Tabela de Classificação da Funcionalidade para a Saúde Mental, apresentam uma dificuldade completa em adquirir bens e serviços (**d620 – Adquirir bens e serviços**) e uma dificuldade completa em gerir os recursos económicos (**d879 – Vida económica**) **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento		
Data: 20/01/2024	**Hora:** 17:00	**Duração:** 60 minutos
Local: Sala de estar (ala verde)		
Dinamizadores: Aluna do Mestrado ESMP Raquel Caridade, com a tutoria [redacted]		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consciencializar os utentes para a importância da gestão do dinheiro;
- Capacitar os utentes a distinguir os bens supérfluos dos bens essenciais;
- Capacitar os utentes a gerir o seu dinheiro de forma correta, tendo por vista a reintegração na sociedade.

CONTEÚDOS

- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Realização da dinâmica “Preço Certo: Como gerir o meu dinheiro?”, constituída por diversas atividades que visam aumentar os conhecimentos sobre os preços existentes no mercado, bem como capacitar os utentes a gerir o dinheiro de forma correta;
- Discussão em grupo sobre a dinâmica realizada, com análise das escolhas realizadas pelos utentes;
- Aplicação de questionário de satisfação.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método interativo: Dinâmica “Preço Certo: Como gerir o meu dinheiro?” e discussão em grupo

RECURSOS

Materiais:

Computador, projetor, cadeiras, mesas, dinheiro artificial, saco de compras, embalagens simuladoras de bens alimentares, de bens materiais e outros, calculadora, canetas e papel de escrita.

Estruturais:

Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (que permita o ajuste da luminosidade).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Preenchimento de um questionário de satisfação de avaliação qualitativa, através de uma questão de resposta aberta (Apêndice I);
- Avaliação dos resultados da dinâmica “Preço Certo: Como gerir o meu dinheiro?”, com recurso a tabela (Apêndice II).

AVALIAÇÃO DE RESULTADO (a preencher após sessão)

Todos os participantes manifestaram interesse e participaram de forma ativa na sessão. Como principais dificuldades foi encontrado a escolha adequada dos alimentos necessários para a confeção da refeição (sendo por vezes escolhidos alimentos desnecessários, conjugações inadequadas ou alimentos mais caros na existência de outros iguais mais baratos) e a contabilização do dinheiro aquando do pagamento. Por esse motivo, foi realizada uma discussão em grupo sobre os cuidados a ter na escolhas dos bens a adquirir. É de salientar que a maioria pediu a repetição do exercício (com outras ementas escolhidas), tendo as dificuldades desta segunda vez sido menores.

Como os participantes apresentavam dificuldades na escrita, foi realizado o questionário de satisfação da sessão de forma oral, tendo os mesmos referido que a mesma “*era importante*” e “*deveria ser repetida*” (*sic*).

APÊNDICE I: Questionário de satisfação da sessão

Qual a sua opinião sobre a sessão realizada?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada pela participação!

Apêndice II: Tabela de avaliação da participação dos utentes na dinâmica

Utente: _____

Interesse/Compreensão	Escolha das compras	Gestão do dinheiro	Tempo
1. Mostrou interesse e manteve-se participativo durante a dinâmica, compreendendo a mesma.	**1.** Escolheu as compras de forma adequada, priorizando os bens essenciais	**1**. Conseguiu gerir o dinheiro de forma adequada. Não o gastou todo de forma a ter algum para alguma eventualidade	**1.** Cumpriu o tempo estipulado para a dinâmica
2. Mostrou interesse e manteve-se participativo durante a dinâmica, na maioria do tempo, compreendendo a mesma	**2.** Teve dificuldade na seleção das compras	**2**. Conseguiu gerir o dinheiro de forma adequada, no entanto, gastou todo o que lhe foi fornecido	**2.** Necessitou de mais tempo para cumprir a dinâmica
3. Não manifestou interesse na dinâmica		**3.** Não foi capaz de gerir o dinheiro, na realização das compras	
4. Manifestou dificuldades na compreensão da dinâmica			
5. Abandonou a dinâmica antes do término da mesma			

Observações:

_____

_____

_____

_____



QUAL O PREÇO CERTO?



6,34€

ORDENA DO MAIS BARATO PARA O MAIS CARO







SOLUÇÃO

ORDENA DO MAIS BARATO PARA O MAIS CARO



0,82€



1,48€



2,69€

QUAL O PREÇO DE CADA UM?



1,25€



0,79€



2,25€

2,25€ 0,79€ 1,25€

VERDADEIRO OU FALSO



0,98€



1,19€ (1kg)

VAMOS AO SUPERMERCADO?

PREÇO CERTO
Supermercado

Com um total de 10€, realiza as compras necessárias para o almoço (os temperos ainda tens em casa).
Tens um total de 10 minutos.

Boa sorte!



Apêndice XII: Sessão “Viver com o Outro”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA DE PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão "Viver com o outro"		
Objetivo Geral: Treino de competências sociais com vista à promoção da interação social		
População-alvo: Utentes da Unidade de Psiquiatria Forense – [redacted] **Critérios de inclusão:** Utentes que apresentem o diagnóstico de interação social comprometida e que apresentem score compatível com comportamentos impulsivos segundo a Escala de Impulsividade de *Barratt* (Bis-11) **(Anexo I)** e dificuldades na prática de comportamentos assertivos, pela Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) – versão portuguesa reduzida **(Anexo II)**. **Critérios de exclusão:** Utentes com agitação psico-motora, utentes com alteração do comportamento e do pensamento, utentes que apresentem défice cognitivo grave **Diagnósticos de Enfermagem:** Interação Social Comprometida, Autocontrolo de Impulsos Presente		
Data: 04/02/2024	**Hora:** 11:00	**Duração:** 60 minutos
Local: Sala de estar (ala verde)		
Dinamizadores: Aluna do Mestrado ESMP Raquel Caridade, com a tutoria[redacted]		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar conhecimento sobre Treino de Competências Sociais e seus benefícios;
- Aumentar conhecimento sobre Impulsividade e sobre estratégias que visam o autocontrolo de impulsividade;
- Promover o autocontrolo da impulsividade pela aquisição de estratégias adaptativas;
- Promover uma comunicação assertiva;
- Promover a interação social.

CONTEÚDOS

- Preenchimento da Escala de Comportamento Interpessoal – versão portuguesa reduzida e da Escala de Impulsividade de *Barratt* (Bis-11);
- Explicação da sessão e apresentação dos dinamizadores da mesma;
- Apresentação (em formato *powerpoint*) sobre Treino de Competências Sociais e seus benefícios, Impulsividade e Estratégias para Autocontrolo da Impulsividade e tipos de comportamentos (comportamento agressivo, passivo e assertivo);
- Visualização de curta-metragem "Lidar com as emoções" e reflexão sobre a mesma;
- Questionário "Viver com o Outro" que visa a escolha do comportamento a adotar (comportamento assertivo) perante as situações descritas;
- Apresentação das respostas do questionário e discussão sobre as mesmas;
- Aplicação de questionário de satisfação.

ESTRATÉGIAS e MÉTODOS

- Método expositivo: *Powerpoint* "Viver com o outro: Treino de Competências Sociais e Autocontrolo de Impulsividade";
- Método interativo: Análise do questionário "Viver com o Outro" e da curta-metragem "Lidar com as emoções".

RECURSOS

Materiais:

Cadeiras, mesas, computador, projetor, canetas e papel de escrita.

Estruturais:

Sala ampla, confortável, sem ruído, com persianas (que permitam a regulação da intensidade da luz).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Preenchimento de um questionário de satisfação de avaliação qualitativa, através de uma questão de resposta aberta (Apêndice I);
- Preenchimento de um questionário de conhecimentos – "Viver com o Outro" (Apêndice II).

AVALIAÇÃO DE RESULTADO (a preencher após sessão)

APÊNDICE I: Questionário de satisfação da sessão

Qual a sua opinião sobre a sessão realizada?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada pela participação!

APÊNDICE II: Questionário “Viver com o Outro”

QUESTIONÁRIO “VIVER COM O OUTRO”

---

1. Perante a seguinte situação assinale qual seria a resposta mais adequada:



Está numa fila para entrar no autocarro e alguém passa à frente…

A. Mas que é isto?! Aguarde a sua vez! Saia já daqui!

B. Nunca mais saio daqui…estão sempre a passar à frente…

C. Espere um pouco, vai ter de entrar na sua vez… há pessoas à sua frente.

2. A impulsividade pode afetar a relação com os outros?

A. Sim

B. Não

1. Está num café e quando chega a sua refeição encontra um cabelo na comida:



1.1. Faça corresponder cada uma das hipóteses de resposta ao tipo de comportamento:



AGRESSIVO

PASSIVO

ASSERTIVO

Obrigada pela participação!

ANEXO I: Escala de Impulsividade de *Barratt* (BIS-11)

Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com freqüência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	O	O	O	O
2. Eu faço coisas sem pensar.	O	O	O	O
3. Eu tomo decisões rapidamente.	O	O	O	O
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	O	O	O	O
5. Eu não presto atenção.	O	O	O	O
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	O	O	O	O
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	O	O	O	O
8. Eu tenho autocontrole.	O	O	O	O
9. Eu me concentro facilmente.	O	O	O	O
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	O	O	O	O
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	O	O	O	O
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	O	O	O	O
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	O	O	O	O
14. Eu falo coisas sem pensar.	O	O	O	O
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	O	O	O	O
16. Eu troco de emprego.	O	O	O	O
17. Eu ajo por impulso.	O	O	O	O
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	O	O	O	O
19. Eu ajo no "calor" do momento.	O	O	O	O
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	O	O	O	O
21. Eu troco de casa (residência).	O	O	O	O
22. Eu compro coisas por impulso.	O	O	O	O
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	O	O	O	O
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	O	O	O	O
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	O	O	O	O
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	O	O	O	O
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	O	O	O	O
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	O	O	O	O
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	O	O	O	O
30. Eu me preparo para o futuro.	O	O	O	O

ANEXO II: Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) – versão portuguesa reduzida

Escala de Comportamento Interpessoal (ECI) – Versão Reduzida

Regista sempre a primeira resposta que te vier à cabeça. Responde a todas as questões, tão rápido quanto conseguires. Para cada uma das situações, avalia primeiro o quanto te sentirias nervoso/a ou tenso/a se te comportasses como é descrito na situação, usando a seguinte escala:

Nada	Um pouco	Até certo ponto	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

Por exemplo: se te sentes **até certo ponto tenso** quando inicias uma conversa com um estranho, escreve um **3** na linha de resposta.

SITUAÇÕES SOCIAIS	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a…				
1. Iniciar uma conversa com um estranho	1	2	3	4	5
2. Contar a um grupo de pessoas alguma coisa que te aconteceu	1	2	3	4	5
3. Pedir a alguém para explicar uma coisa que não compreendeste	1	2	3	4	5
4. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência pessoal	1	2	3	4	5
5. Dizer a alguém que gostas dele/a	1	2	3	4	5
6. Recusar um pedido feito por uma pessoa com autoridade (polícia, professor, patrão, …)	1	2	3	4	5
7. Dizer a alguém que achas que ele/a te tratou injustamente	1	2	3	4	5
8. Dizer a alguém que o/a estimas	1	2	3	4	5
9. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele/a tem razão	1	2	3	4	5
10. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste	1	2	3	4	5
11. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti	1	2	3	4	5
12. Participar da conversa de um grupo de pessoas	1	2	3	4	5
13. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada	1	2	3	4	5
14. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema)	1	2	3	4	5
15. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste	1	2	3	4	5
16. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam	1	2	3	4	5
17. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade	1	2	3	4	5
18. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo, numa loja ou restaurante)	1	2	3	4	5
19. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele/a te está a tentar evitar	1	2	3	4	5
20. Pedir desculpa quando cometeste um erro	1	2	3	4	5
21. Aproximares-te de alguém para te apresentares	1	2	3	4	5
22. Pedir a alguém que te indique o caminho	1	2	3	4	5
23. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo	1	2	3	4	5
24. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto	1	2	3	4	5
25. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo	1	2	3	4	5

Depois, avalia cada uma das situações em função da frequência com que te comportas da forma descrita.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Normalmente	Sempre
1	2	3	4	5

Por exemplo: se quando estás com um estranho, **normalmente** inicias uma conversa, escreve um **4** na linha de resposta.

SITUAÇÕES SOCIAIS	Faço…				
1. Iniciar uma conversa com um estranho	1	2	3	4	5
2. Contar a um grupo de pessoas alguma coisa que te aconteceu	1	2	3	4	5
3. Pedir a alguém para explicar uma coisa que não compreendeste	1	2	3	4	5
4. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência pessoal	1	2	3	4	5
5. Dizer a alguém que gostas dele/a	1	2	3	4	5
6. Recusar um pedido feito por uma pessoa com autoridade (polícia, professor, patrão, …)	1	2	3	4	5
7. Dizer a alguém que achas que ele/a te tratou injustamente	1	2	3	4	5
8. Dizer a alguém que o/a estimas	1	2	3	4	5
9. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele/a tem razão	1	2	3	4	5
10. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste	1	2	3	4	5
11. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti	1	2	3	4	5
12. Participar da conversa de um grupo de pessoas	1	2	3	4	5
13. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada	1	2	3	4	5
14. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema)	1	2	3	4	5
15. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste	1	2	3	4	5
16. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam	1	2	3	4	5
17. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade	1	2	3	4	5
18. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo, numa loja ou restaurante)	1	2	3	4	5
19. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele/a te está a tentar evitar	1	2	3	4	5
20. Pedir desculpa quando cometeste um erro	1	2	3	4	5
21. Aproximares-te de alguém para te apresentares	1	2	3	4	5
22. Pedir a alguém que te indique o caminho	1	2	3	4	5
23. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo	1	2	3	4	5
24. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto	1	2	3	4	5
25. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo	1	2	3	4	5

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

"VIVER COM O OUTRO"



TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob

TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS

- Procura ensinar e desenvolver habilidades para interagir com sucesso com outras pessoas ⇨ **Ajustamento a regras sociais**

COMPETÊNCIAS SOCIAIS ENVOLVE:





COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Iniciar/manter/finalizar uma conversa
Saber ouvir
Dar opinião
Realizar um pedido
Dizer "NÃO"
Pedir desculpa
Elogiar
Dizer "por favor" e "obrigado"
Apresentar-se
Falar em público
Defender os seus direitos
Lidar com criticas
Confronto assertivo

OBJETIVOS:

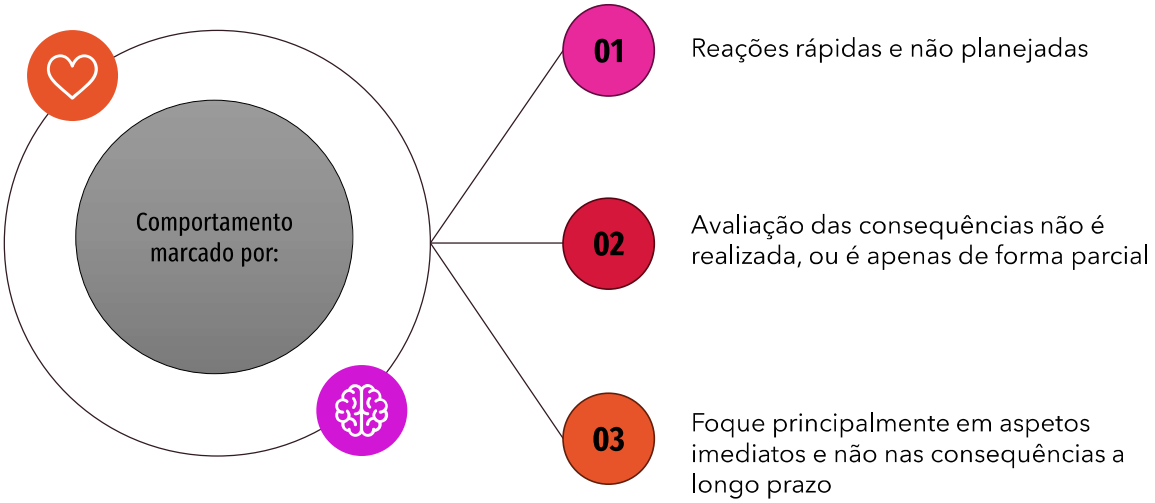
- Melhorar as relações com os outros e adequar comportamentos;
- Promover a autonomia;
- Aumentar a capacidade da pessoa em lidar com situações causadoras de desconforto no dia-a-dia.

COMUNICAÇÃO – ESSENCIAL

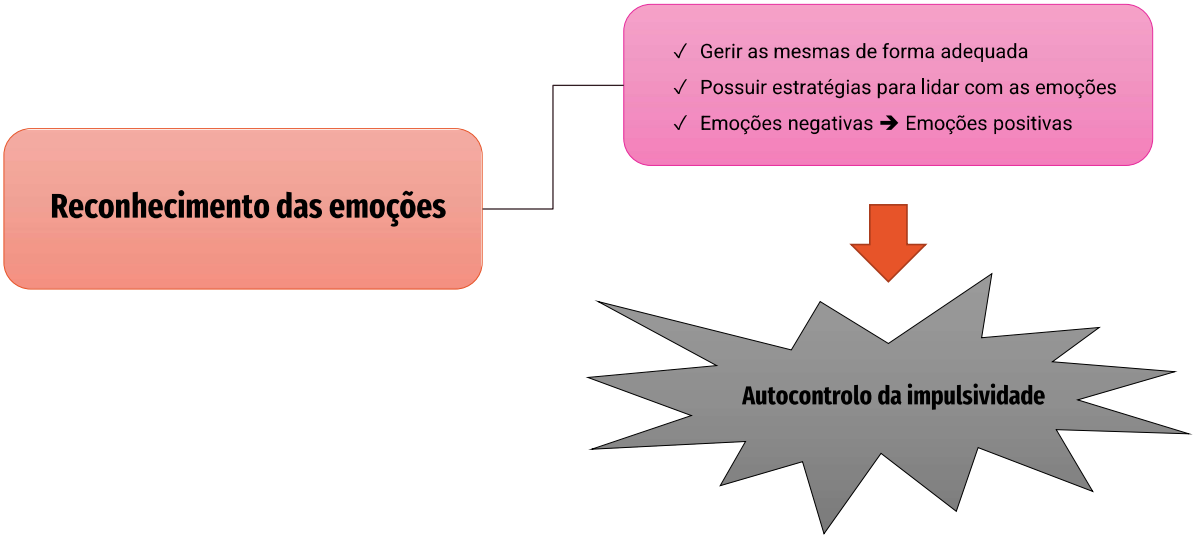
Comunicação eficaz é facilitadora da interação com os outros. Importante comunicação verbal e não-verbal estarem em sintonia.

IMPULSIVIDADE

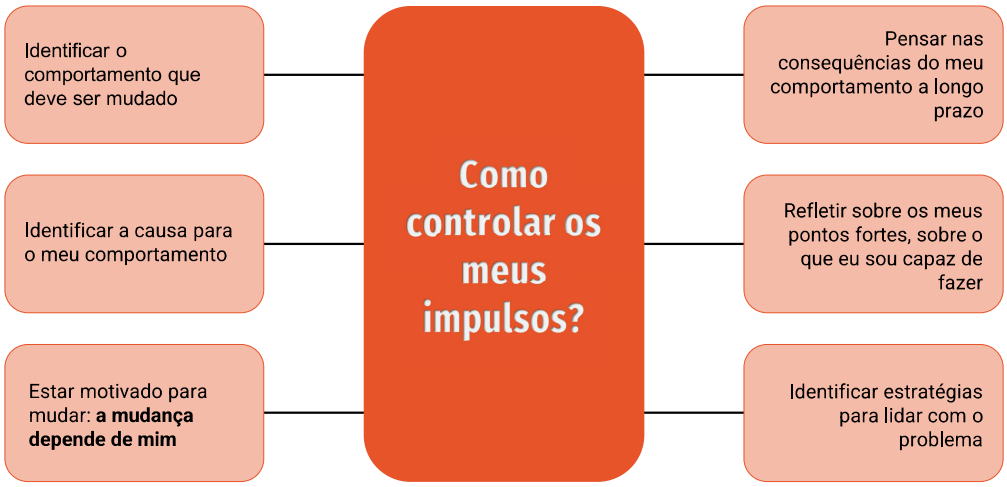
IMPULSIVIDADE

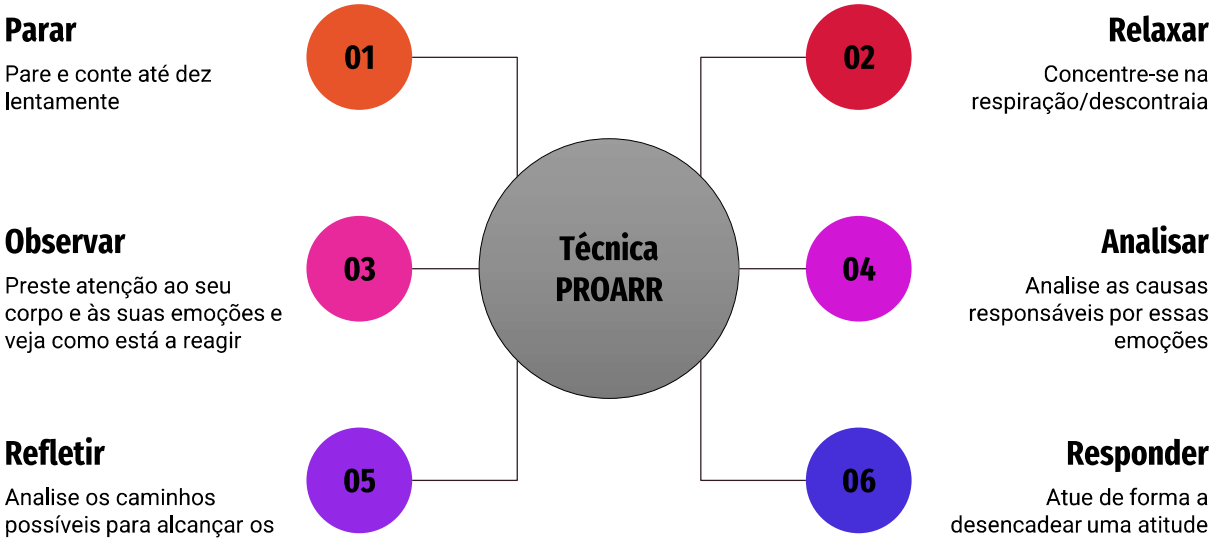


EMOÇÕES E IMPULSIVIDADE



LIDAR COM A IMPULSIVIDADE





COMPORTAMENTO AGRESSIVO

- Expressa sentimentos negativos de forma inapropriada.
- Atinge objetivos, na maioria das vezes prejudicando a relação.
- Não avalia as consequências.
- Não aceitam que as pessoas discordem das suas opiniões.
- Defendo os próprios direitos, geralmente desrespeitando os direitos dos outros.
- Valoriza-se, ferindo o outro.
- Faz escolhas para si e para os outros.
- Gera, em relação a si, sentimentos de raiva e vingança.
- Usa expressões imperativas (faz assim, tu não deves, eu quero assim).
- Mantém contato visual intimidador, com tom acima do necessário, gestos ameaçadores e postura autoritária.



COMPORTAMENTO PASSIVO

- Dificuldade a exprimir sentimentos negativos.
- Muito raramente atinge os objetivos e usualmente os sacrifica para manter a relação.
- Quase sempre concorda com o grupo.
- Não defende os próprios direitos, mas respeita os direitos alheios.
- Desvaloriza-se.
- Indeciso nas escolhas, submete-se a opiniões dos outros.
- Gera, em relação a si, sentimentos de pena, irritação ou desprezo. Magoam-se facilmente.
- Usa expressões dúbias (talvez, acho que, quem sabe), raramente incluindo o pronome EU.
- Evita contato visual, postura submissa (olhar baixo), vozes trémulas e gestos nervosos.



ASSERTIVIDADE

- Capacidade de se autoafirmar, de expressar adequadamente opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações, na interação com os outros;
- Defender os próprios direitos, sem prejudicar o outro.

PROMOVE A INTERAÇÃO SOCIAL



COMPORTAMENTO ASSERTIVO

- Expressa sentimentos negativos, controlando a forma de expressão.
- Procura atingir objetivos, mantendo a relação.
- Avalia o próprio comportamento.
- Consegue discordar do grupo, manifestando a sua opinião e respeitando a dos outros.
- Defende os próprios direitos, respeitando os direitos dos outros.
- Valoriza-se sem ferir o outro.
- Faz as próprias escolhas, considerando opiniões de outros quando necessário.
- Gera, em relação a si, sentimentos de respeito.
- Sente-se satisfeito consigo mesmo.
- Produz uma imagem positiva de si mesmo.
- Usa geralmente expressões afirmativas (sim, não, quero, vamos resolver), incluindo EU ou NÓS.
- Mantém contato visual com o interlocutor, fala fluentemente, em tom audível, com gestos firmes e postura apropriada.



PARA REFLETIR... Lidar com as emoções



CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

"VIVER COM O OUTRO"



QUESTIONÁRIO

RESPOSTAS CORRETAS

1. Resposta C (Espere um pouco, vai ter de entrar na sua vez… há pessoas à sua frente.)

2. Resposta A (Sim)

3.1.

PASSIVO



ASSERTIVO



AGRESSIVO



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

"VIVER COM O OUTRO"



TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Trabalho realizado por: Raquel Caridade (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob