



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**A Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica sobre a Metodologia de Gestor de Caso:  
Contexto Comunitário da Criança e do Adolescente**

Relatório Final de Estágio

Joana Sofia Peixoto Henrique





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**A Perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica sobre a Metodologia de Gestor de Caso:  
Contexto Comunitário da Criança e do Adolescente**

Relatório Final de Estágio

Joana Sofia Peixoto Henrique

Orientador: Professor Doutor António Soares Jorge Antunes Nabais, Professor Adjunto,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor Amorim Gabriel Rosa, Professor Adjunto, Escola Superior  
de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção de grau de Mestre com  
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, setembro de 2024



## **AGRADECIMENTOS**

À docência inerente ao Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo conhecimento, dedicação e reflexão potenciada ao longo do meu percurso académico.

Ao Professor Doutor António Nabais, pela reflexão crítica, construtiva e constante que potenciou o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Ao Professor Doutor Amorim Rosa pelo acompanhamento presente, empático e determinante.

À minha família e ao meu namorado, Telmo Rodrigues, por toda a disponibilidade, carinho e apoio demonstrado.

Aos meus filhos, por toda a compreensão, adequada à idade, demonstrada ao longo deste processo, pelo amor, pelo carinho e, em especial, pela essência.



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**CE** – Competências Emocionais

**CIE** – Conselho Internacional de Enfermeiros

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPS** – *Conduct Problems Scale*

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EPS** - *Emotional Problems Scales*

**ESEnfC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**EEESMP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**GC** – Gestor de Caso

**HS** – *Hiperactivity Scale*

**IE** – Inteligência Emocional

**n.º** – Número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**p** – Probabilidade de Significância

**PPS** - *Peer Problems Scales*

**PS** – *Pro Social Scale*

**NOC** – Classificação dos Resultados de Enfermagem

**SMPIA** – Saúde Mental e Psiquiátrica da Infância e Adolescência

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade



## RESUMO

Visando a obtenção do grau de Mestre e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, desenvolveu-se o presente Relatório de Estágio, que contempla duas partes, sendo a primeira composta pelo Relatório de Estágio, onde se apresenta uma descrição do percurso formativo realizado e de que forma este contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; a segunda parte é composta por uma componente de investigação que incide na temática “A perceção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sobre a metodologia de gestor de caso, no contexto comunitário da criança e da adolescência”.

O objetivo do presente Relatório de Estágio é, num primeiro momento, analisar o processo formativo e respetivas práticas baseadas na evidência, assim como o desenvolvimento inerente das competências mencionadas. Numa segunda instância, procura-se proceder à realização de um estudo qualitativo que vise o aumento do conhecimento útil sobre a metodologia do gestor de caso, com contexto comunitário de Saúde Mental e Psiquiátrica da Infância e Adolescência.

Para o presente Relatório procede-se, inicialmente, a uma análise reflexiva e descritiva sobre os locais de estágios e atividades desenvolvidas, seguindo-se dos projetos implementados e respetiva avaliação, terminando com a análise acerca de que forma se desenvolveram as competências comuns e específicas supra citadas. Posteriormente, procedeu-se a uma pesquisa de carácter investigativo, de abordagem qualitativa, para o projeto de estudo, que visava dar resposta à questão de investigação: “Qual a perceção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sobre a metodologia do gestor de caso, em contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e adolescência?”.

Considera-se que o presente Relatório de Estágio demonstra a aplicação prática baseada na evidência dos conhecimentos adquiridos no contexto académico, para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**Palavras-Chave:** Gestor de caso, Criança e Adolescente, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrico



## **ABSTRACT**

Aiming to obtain the degree of Master and Mental Health and Psychiatric Nursing, from the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, this Internship Report was developed, which includes two parts, the first being composed of the Internship Report, which presents a description of the training path undertaken and how this contributed to the development of common skills for specialist nurses and specific skills for specialist nurses in mental health and psychiatric nursing; the second part consists of a research component that focuses on the theme “The perception of nurses specializing in mental and psychiatric health nursing on the case manager methodology, in the community context of children and adolescents”.

The objective of this Internship Report is, initially, to analyze the training process and respective evidence-based practices, as well as the inherent development of the mentioned skills. In the second instance, we seek to carry out a qualitative study aiming to increase useful knowledge about the Case Manager methodology, with a community context of Mental Health and Childhood and Adolescent Psychiatry.

For this Report, initially, a reflective and descriptive analysis is carried out on the internship locations and activities developed, followed by the implemented projects and their respective evaluation, ending with the analysis of how common skills were developed and specific ones mentioned above. Subsequently, an investigative research, with a qualitative approach, was carried out for the study project, which aimed to answer the research question: “What is the perception of the specialist nurse in mental and psychiatric health nursing regarding the methodology of the case manager, in a community context in the area of child and adolescent psychiatry?”

It is considered that this Internship Report demonstrates the practical application based on evidence of the knowledge acquired in the academic context, for the continuous improvement of Nursing care in Mental and Psychiatric Health.

**Keywords:** Case manager, Child and Adolescent, Mental Health and Psychiatric Nursing



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Trabalhos desenvolvidos pelo grupo 2 “O que me faz feliz...” .....	51
Figura 2. Fluxograma do Tema “Competências do Gestor de Caso” .....	93
Figura 3. Fluxograma do Tema “Quem Deve Ser o Gestor de Caso” .....	96
Figura 4. Fluxograma do Tema “Como é Nomeado o Gestor de Caso” .....	97
Figura 5. Fluxograma do Tema “Vantagens da Metodologia do Gestor de Caso” .....	101
Figura 6. Fluxograma do Tema “Desvantagens da Metodologia do Gestor de Caso” .....	102
Figura 7. Fluxograma do Tema “Barreiras para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso” .....	103
Figura 8. Fluxograma do Tema “Oportunidades para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso” .....	104



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Testes de Normalidade .....	44
Tabela 2. Estatística de amostras emparelhadas .....	46
Tabela 3. Teste T-Student de amostras emparelhadas .....	47
Tabela 4. Teste Wilcoxon .....	49



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
PARTE I. COMPONENTE DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA .....	21
<b>1. CONTEXTO HOSPITALAR</b> .....	23
1.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	23
1.2. PERCURSO FORMATIVO .....	24
<b>1.2.1. Projeto “Eu Consigo, Eu Decido!”</b> .....	30
<b>2. CONTEXTO COMUNITÁRIO</b> .....	33
2.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	34
2.2. PERCURSO FORMATIVO .....	34
<b>2.2.1. Projeto “Vamos Separar as Cores?”</b> .....	40
<b>3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS</b> .....	53
3.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	53
3.2. PERCURSO FORMATIVO .....	54
<b>3.2.1. Projeto “Escrevo, Escreverei?”</b> .....	58
<b>3.2.2. Projeto “O Ar Que Movo”</b> .....	60
<b>4. REFLEXÃO CRÍTICA DA APRENDIZAGEM E DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA</b> .....	65
PARTE II. A METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO: ANÁLISE QUALITATIVA COM RECURSO AO GRUPO FOCAL .....	75
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	77
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	79
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	79

2.2. TIPO DE ESTUDO.....	79
<b>2.2.1. Planeamento .....</b>	<b>80</b>
<b>2.2.2. Preparação .....</b>	<b>84</b>
<b>2.2.3. Moderação.....</b>	<b>85</b>
<b>2.2.4. Análise de Dados .....</b>	<b>86</b>
<b>2.2.5. Divulgação dos Resultados .....</b>	<b>88</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>89</b>
3.1. COMPETÊNCIAS DO GESTOR DE CASO.....	89
3.2. QUEM DEVE SER O GESTOR DE CASO .....	93
3.3. COMO É NOMEADO O GESTOR DE CASO .....	96
3.4. VANTAGENS DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO .....	98
3.5. DESVANTAGENS DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO.....	101
3.6. BARREIRAS PARA A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO .....	103
3.7. OPORTUNIDADES PARA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO .....	103
<b>4. SÍNTESE FINAL .....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto (Dias et al., 2018).

ANEXO 2 – Pedido para Utilização do Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto (Dias et al., 2018).

ANEXO 3 – Certificado de Participação no 3º Encontro Regional de Lisboa do Programa +Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários.

ANEXO 4 – Certificado de Participação no Webinar “Intervenções de Enfermagem nas Famílias de Hoje...”.

ANEXO 5 – “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (Ribeiro, 2012).

ANEXO 6 – “Questionário de Capacidades e Dificuldades – Follow-Up” (Ribeiro, 2012).

ANEXO 7 – Certificado de Participação no XX Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia - “Prevenção do Suicídio – Criar Esperança Através da Ação”.

ANEXO 8 – Certificado de Participação no *Workshop* “Avaliação e Gestão do Risco de Suicídio”.

ANEXO 9 – Certificado de Participação no *Workshop* “Dança e Movimento”.

ANEXO 10 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde : Enfermagem.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – Estudo de Caso 1

APÊNDICE 2 – Estudo de Caso 2

APÊNDICE 3 – Abstract do Póster para o Congresso de Horatio

APÊNDICE 4 – Projeto “Eu Consigo, Eu Decido!”

APÊNDICE 5 – Projeto “Vamos Separar as Cores?”

APÊNDICE 6 – Panfleto para os Pais do Projeto “Vamos Separar as Cores?”

APÊNDICE 7 – Apresentação do Projeto “Vamos Separar as Cores?”

APÊNDICE 8 – Projeto “O Círculo que a Mente Une”

APÊNDICE 9 – Reflexão Crítica: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Consulta de Atendimento Juvenil

APÊNDICE 10 – Projeto “Escrevo, Escreverei?”

APÊNDICE 11 – Projeto “O Ar Que Movo”

APÊNDICE 12 – Folha de Registo Diário para Relatório do Projeto “O Ar Que Movo”

APÊNDICE 13 – Grelha de Avaliação dos Resultados de Enfermagem NOC do Projeto “O Ar Que Movo”

APÊNDICE 14 – Análise Grupal do Projeto “O Ar Que Movo”

APÊNDICE 15 – Formulário de Consentimento Informado



## INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), procedeu-se à realização do presente Relatório Final de Estágio, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, sob a orientação do Professor Doutor António Jorge Soares Antunes Nabais, e coorientação do Professor Doutor Amorim Gabriel Rosa, com vista à obtenção do grau de Mestre com Especialização em ESMP, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) tem como objetivo a promoção de ganhos em saúde com recurso a cuidados especializados que visam a diminuição do grau de incapacidade da pessoa portadora de uma patologia mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a), pelo que o contexto onde realiza o seu percurso formativo será diferencial ao seu desenvolvimento, pelo potencial de síntese e reflexão crítica inerente (OE, 2021).

Assim, o presente Relatório de Estágio incide, inicialmente, sobre o meu processo formativo, projetos desenvolvidos e aprendizagens alcançadas, essenciais à integração dos conhecimentos teóricos (Esmael, Elatroush & El-Sayed, 2014). Posteriormente, apresenta-se a componente de carácter investigativo, nomeadamente uma análise qualitativa sobre a metodologia de cuidados de gestor de caso.

Aquando dos diferentes estágios, em especial no estágio de Respostas Diferenciadas, no contexto da criança e adolescente, compreendi o papel diferencial do EEESMP quando a metodologia de GC se encontrava em vigor, pelo que esta emergiu enquanto metodologia de gestão que se avistava como potenciadora de ganhos em saúde. A prática baseada na evidência, com recurso a esta metodologia, tem tido especial destaque enquanto modelos de gestão de cuidados, ao nível da saúde mental, sendo o elemento de referência a pessoa que, de entre a equipa multidisciplinar, articula com as diferentes partes, dando uma resposta às necessidades identificadas com a pessoa que vive uma experiência de doença mental (Mateus et al., 2017).

Quando esta metodologia é utilizada pelo EEESMP, diferencia-se pelo acompanhamento individualizado e personalizado à pessoa e família, sendo que, no contexto da criança e adolescente, tem especial destaque, uma vez que é reconhecido ao nível da saúde mental dos adolescentes e respetivas famílias, pela relação de confiança que se estabelece (Rego & Coelho, 2017).

Segundo o Plano Nacional para a Saúde Mental 2013-2020, como referido pelo Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017), as equipas comunitárias de saúde mental são um foco na política de saúde mental, encontrando-se subjacente ao funcionamento das mesmas, aquando do seguimento de pessoas com doenças mentais graves, a metodologia de gestão de GC. No entanto, não existe em Portugal, atualmente, nenhum estudo que analise a perceção do impacto da metodologia de GC no contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e adolescência.

Neste sentido, e considerando como evidente a escassez de estudos que explorem a perceção do enfermeiro de referência sobre a metodologia de gestor de caso aplicada ao contexto comunitário da área de psiquiatria da infância e adolescência, urge a necessidade do presente estudo. Assim sendo, propõe-se como objetivo a criação de um documento de carácter reflexivo e investigativo, que discrimine de forma crítica o processo formativo vivenciado.

Destaca-se que o presente trabalho cumpre as normas publicadas no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (ESEnfC, 2023).

No que concerne à estrutura do presente documento, este inicia-se com a apresenta introdução e, posteriormente, encontra-se dividido em duas grandes partes. Na primeira, serão descritos os três contextos de estágio, o primeiro, Contexto Hospitalar, com a descrição do projeto desenvolvido e uma análise do desenvolvimento das competências gerais e específicas enquanto futura EEESMP; o segundo, Contexto Comunitário, apresentando a mesma estruturação anteriormente referida; e o terceiro, de Respostas Diferenciadas, com as mesmas características estruturais anteriormente referidas. Na segunda parte, procede-se à elaboração da componente investigativa do presente estudo, que engloba contextualização teórica, metodologia de trabalho, apresentação dos resultados, discussão dos mesmos e uma síntese final. Por fim, completa-se com a conclusão do presente trabalho, seguido das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

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



## 1. CONTEXTO HOSPITALAR

O Contexto Hospitalar apresenta-se como diferencial ao processo de desenvolvimento das competências em enfermagem, quer seja ao nível das competências comuns, quer ao nível das competências específicas do EEESMP, considerando-se os estágios clínicos fundamentais no processo de integração do conhecimento teórico no contexto prático, associando-se ao desenvolvimento de competências num *setting* prático (Esmael et al., 2014)<sup>1</sup>.

Neste seguimento, o conhecimento do meu percurso formativo, as características dos contextos e o conhecimento das principais atividades desenvolvidas, apresentam-se como cruciais e de relevante descrição, visando compreender o processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicadas no Regulamento número (n.º) 140/2019, de 6 de fevereiro (OE 2019), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e das Competências Específicas do EEESMP, publicadas no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (OE, 2018a).

### 1.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O meu percurso de estágio teve início com a realização do Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a 23 de outubro de 2023, num serviço partilhado de adolescentes e jovens adultos, localizado na zona de Lisboa, tendo contemplado um total de 175 horas.

O referido serviço visa a prestação de cuidados ao utente em situação de doença aguda, com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, sendo caracterizada como uma unidade inovadora, que associa uma equipa multidisciplinar constituída por psiquiatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, psicóloga clínica, assistente social, uma educadora e uma terapêutica ocupacional. O serviço apresenta uma estrutura com 20 camas, uma sala de contenção ambiental, uma sala de refeições, uma sala de atividades, um ginásio (para realização de intervenções), uma sala de visitas para os familiares/pessoas significativas, uma sala de tratamentos/medicação, uma sala de enfermagem, o gabinete de enfermeiro gestor, uma ala de gabinetes médicos e uma área exterior, com árvores e plantas, assim como cadeiras e zonas de estar, limitada por um gradeamento.

---

<sup>1</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV, D1 – Unidade de competência D.2.2.

## 1.2. PERCURSO FORMATIVO

Quando iniciei o meu primeiro estágio neste contexto, compreendi que o conhecimento sobre as patologias e diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, assim como da literatura publicada face aos principais motivos de internamento, seriam cruciais para o desenvolvimento de um pensamento crítico que promovesse a ponte entre o conhecimento teórico e o empírico. Neste sentido, a apresentação do percurso formativo é iniciada pela identificação dos motivos de internamento e diagnósticos de enfermagem mais incidentes, a literatura publicada sobre os mesmos e as estratégias que apliquei, visando o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas, enquanto futura EEESMP.

Uma vez que o serviço compreende idades entre os 15 e os 25 anos, mas sendo o meu estágio direcionado ao adulto, procurei compreender os principais motivos de internamento, ao nível da saúde mental e psiquiátrica do jovem adulto. Neste sentido, destaca-se um estudo de Gustavson e colaboradores (2018), que refere que os jovens adultos com idade compreendida entre os 19 e os 29 anos têm uma prevalência de alterações da saúde mental superior aos adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, tendo este fenómeno implicações ao nível da educação, família e vida ocupacional. Deste modo, a atuação neste grupo-alvo deve visar o tratamento e capacitação da pessoa, assim como a promoção da sua saúde mental, que urgem como fenómenos diferenciais.

Este foi um dos artigos que me fez refletir sobre a importância de realizar intervenções de prevenção, ao nível da saúde mental do jovem adulto, reconhecendo esta população como uma população de maior risco. Não obstante, e tratando-se este de um estágio no contexto hospitalar, decidi planejar intervenções focadas nas necessidades identificadas ao nível dos jovens adultos internados, procurando um plano futuro, e após a análise destas necessidades, compreender quais as áreas que deveriam ser promovidas de forma a prevenir as patologias de saúde mental e psiquiátrica do jovem adulto.

Enquanto futura EEESMP, esta fase destacou-se como essencial no meu processo formativo, pois permitiu potenciar o pensamento crítico face à identificação, análise, planeamento e implementação de intervenções especializadas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, família e pessoas significativas, cujo papel assenta ao EEESMP. Saliencia-se, também, que o EEESMP contempla a esfera comportamental, social e emocional, através da prestação de cuidados de enfermagem especializados, através de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, promotoras da prevenção ou redução de fatores que possam interferir com o crescimento saudável, designadamente ao nível da saúde mental (OE, 2015a).

Dadas as características do internamento à data, identificaram-se dois temas de relevo, sobre os quais me propus a aprofundar os conhecimentos teóricos, designadamente a suicidologia, principal motivo de internamento, e a etnopsiquiatria, pela diversidade cultural existente<sup>2</sup>.

No referido período de estágio, um dos principais motivos de internamento era a ideação suicida estruturada, sendo este dado congruente com a literatura que evidenciava como principal motivo de internamento ao nível da presente faixa etária, 15 aos 25 anos, a ideação suicida (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020), pelo que o tema da suicidologia emergiu como destaque.

Segundo um estudo publicado por Hink e colaboradores (2022), o suicídio em adolescentes aumentou de 4,57 por 100 000 habitantes, em 2001, para 6,5 por 100 000 habitantes, em 2019, sendo a incidência 4 vezes superior a nível dos adolescentes mais velhos, isto é, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Um fenómeno de interesse que o estudo apresenta é a constatação de que, embora as pessoas do sexo biológico masculino sejam mais propensas ao suicídio, a incidência de suicídio em pessoas do sexo biológico feminino duplicou, quando em comparação com 2001, passando de 1,64 por cada 100 000 habitantes, para 3,48 por 100 000 habitantes, em 2019.

Ao nível das estratégias utilizadas para consumir o ato, os mesmos autores afirmam que o enforcamento se apresenta como o mais comum, seguido do envenenamento e quedas. Ao nível dos fatores de risco no suicídio em adolescentes, identificam-se três núcleos: o individual, o interpessoal/familiar e o comunitário. No primeiro, destaca-se ser do sexo biológico masculino, origem étnica divergente do país residente, população LGBTQ, patologias psiquiátricas como depressão, perturbação de stress pós-traumático e patologia bipolar, alterações do padrão de sono, ideação suicida anterior ou tentativas de suicídio prévias, abuso de substâncias, comportamento impulsivo, recurso patológico ao computador e história prévia de trauma. Ao nível interpessoal, é referido *bullying*, comportamentos abusivos ou negligência, abuso sexual, pais com doença mental ou com apresentação de tentativas de suicídio, residência num centro de acolhimento de crianças, baixo vínculo parental, baixo apoio social aquando da identificação como LGBTQ e acessibilidade a armas letais no domicílio. Ao nível da comunidade, destaca-se o isolamento social, vivência em áreas rurais, exposição social em contexto de escola ou comunidade a um suicídio, disponibilidade e acessibilidade fácil a armas de fogo e fraca presença de leis referentes à segurança das mesmas.

---

<sup>2</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV, D1 – Unidade de competência D.2.2.

Enquanto análise reflexiva, destaco que o conhecimento da literatura publicada no que concerne ao suicídio é essencial na compreensão e atualização de conhecimentos sobre os fatores de risco associados, permitindo uma intervenção fundamentada e direcionada.

A análise da literatura publicada permitiu refletir sobre a incidência deste fenómeno, pelo que procurei desenvolver algumas competências enquanto futura EEESMP, junto de um jovem adulto com este motivo de internamento, tendo realizado um estudo de caso sobre o mesmo<sup>3</sup> (Apêndice 1). Para o efeito, e cumprindo os pressupostos do Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), procedi inicialmente à observação da pessoa, visando compreender a sua apresentação, interação e reação face ao internamento. Num segundo momento, procurei realizar uma entrevista ao mesmo, procurando o desenvolvimento de uma relação terapêutica, colheita de dados, realização do exame mental e avaliação das necessidades do utente. Destaca-se, ainda, o desenvolvimento de algumas técnicas inerentes à entrevista em saúde mental, nomeadamente a escuta ativa, confrontação e clarificação. Posterior a esta análise, procedeu-se à elaboração de um plano de intervenção<sup>4</sup> deste jovem, tendo sido realizados mais três momentos de entrevista individual e administradas intervenções psicoterapêuticas, discriminadas no estudo de caso desenvolvido e apresentado no Apêndice 1.

No que concerne ao desenvolvimento dos meus conhecimentos sobre a etnopsiquiatria, reflito que este foi um conceito que, embora tivesse um conhecimento geral sobre o mesmo, não conseguia compreender como é que seria no contexto prático, quais seriam os sinais, sintomas, e de que forma poderia identificar e intervir. Assim, visando o desenvolvimento destas competências, propus-me a elaborar um segundo estudo de caso no presente estágio, seguindo o guia anteriormente descrito e recorrendo ainda ao Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (OE, 2023), ao Sr. R., que apresentava dupla nacionalidade, portuguesa e chinesa, cujo resumo pode ser analisado no Apêndice 2.

O Sr. R. apresentou, em entrevista individual, crenças académicas e profissionais incongruentes com a realidade, com alteração do conteúdo do pensamento, nomeadamente ideias delirantes de ruína associadas, tendo verbalizado “nunca vou ser bom o suficiente para eles, não querem saber de mim” (*sic*), “ou tenho 19 a tudo ou fico a trabalhar na loja, nenhuma me parece uma boa opção, como vê eu não tenho opção, só estas duas escolhas” (*sic*). Num estudo realizado por Gonçalves (2018), observou-se que existe uma pressão psicológica,

---

<sup>3</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo II, B1 – Unidade de competência B1.1.

<sup>4</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.2.e F3.4.

associada à emigração aquando da visão da cultura chinesa, de que a honra da família se encontra associada aos ganhos económicos e individuais que emergem do processo de emigração, pelo que a sintomatologia que o utente apresentava era congruente com a literatura publicada.

A realização do referido estudo de caso permitiu a reflexão da complexidade que exige o cuidado à pessoa imigrante<sup>5</sup>, desde as dificuldades percecionadas ao nível comunicacional, à dificuldade associada à compreensão das crenças e valores da mesma. O processo de imigração apresenta-se, por si só, como um fator de risco ao desenvolvimento de patologias ao nível da saúde mental, no entanto, deve-se compreender de que forma é possível cuidar da pessoa imigrante com doença mental, numa fase aguda, sendo este um fenómeno ainda pouco estudado (Gonçalves, 2018).

O contacto com o Sr. R. realçou a diferença cultural existente entre a China e Portugal, principalmente no que diz respeito às crenças em saúde, valores económicos e ambições profissionais. Uma vez que o Sr. R. procurou ajuda psicológica e esta não havia sido aceite pelo núcleo familiar, procurou-se reforçar este comportamento de procura de cuidados de saúde, valorizando o mesmo, reconhecendo-o como uma estratégia eficaz para a prevenção da doença mental e promoção da saúde mental. No que concerne à questão económica, procurou-se, em conjunto com o Sr. R., identificar e compreender os valores ao nível económico defendidos pela família, promovendo o reconhecimento da perceção parental respetivamente à motivação e necessidade de realizar esforço físico, por parte do Sr. R., a fim de ajudar nas tarefas domésticas, lida da loja e rentabilização da eletricidade e água no domicílio, demonstrando de que forma estas atividades se encontram associadas ao aumento da qualidade de vida futura, sendo este caminho um meio para um fim.

Por fim, analisou-se os planos para o futuro e realizou-se o confronto sobre a expectativa parental *versus* expectativa pessoal, identificando-se uma pressão elevada por parte dos pais do Sr. R. para o sucesso profissional. No entanto, procurou-se, em simultâneo, confrontar o Sr. R. com as expectativas que lhes eram impostas e as expectativas que ele próprio impunha a si. Neste último momento, procedeu-se à reestruturação cognitiva<sup>6</sup>, pois o Sr. R. afirmava que todos deveriam ter notas de 19 e 20, porque seria fácil, e todos deveriam ser ricos, sendo que quem não alcançasse ambos estes fenómenos seria porque não eram inteligentes e não teriam valor. No que concerne às dificuldades percecionadas aquando da realização do referido caso clínico, destaca-se que, além da dificuldade associada à compreensão de

---

<sup>5</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.1, F2.2.

<sup>6</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F4.2.

algumas palavras e expressões, a maior dificuldade verificou-se principalmente no processo de reestruturação cognitiva, pois embora o Sr. R. afirmasse positivamente face ao processo de confrontação comunicacional que ia sendo desenvolvido, cada afirmação terminava com a seguinte expressão “mas você não entende, nós somos mesmo assim, na China isto seria uma desonra, nada bom” (*sic*), pelo que se reflete sobre a diferença cultural existente a nível dos valores académicos e respetivas expectativas profissionais, sendo que a minha intervenção poderá não ter sido desenvolvida de forma eficaz<sup>7</sup>. No entanto, validaram-se algumas oportunidades associadas a este estudo, nomeadamente, a possibilidade de identificar fatores precipitantes para a alteração da saúde mental dos jovens chineses imigrantes em Portugal, tais como o isolamento social, a pressão parental associada ao contexto académico e a ausência de estratégias comunitárias, plausíveis para o núcleo familiar, de ajuda a nível da saúde mental. Este estudo apresentou-se, assim, como uma mais-valia, na medida em que forneceu informação sobre o pensamento, valores e ideais do jovem adulto imigrante, portador de doença mental, em contexto de internamento agudo, permitindo a reflexão sobre a possibilidade de este se tratar de um *cultural bounded syndrome*, ou seja, ocorrência de fenómenos de *distress* que podem potenciar o desenvolvimento de patologia associadas a contextos sociais específicos (Teodoro & Afonso, 2020)<sup>8</sup>. Neste seguimento, procedi, ainda, à realização de um *abstract* a ser submetido enquanto póster no Congresso de Horatio, em 2024, tendo sido aceite (Apêndice 3). No entanto, por questões económicas, não foi possível apresentar o mesmo.

Sinergicamente a ambos os estudos de caso, procurei observar e comunicar com os utentes internados, visando a identificação de um ponto em comum que potenciase o desenvolvimento de um projeto que desse resposta às necessidades dos utentes que, naquele período, se encontravam internados, possibilitando também o desenvolvimento das minhas competências específicas, enquanto EEESMP, tendo nesse seguimento emergido o projeto Psicoeducativo<sup>9</sup> “Eu Consigo, Eu Decido!” (Apêndice 4), que irei desenvolver ao longo deste capítulo.

Durante o presente estágio, foi ainda possível a aplicação de instrumentos clinimétricos<sup>10</sup> e psicométricos, sempre que emergiram diagnósticos que o justificassem, destacando o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de

---

<sup>7</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV, D1 – Unidade de competência D.1.1, D1.2. e D2.1.

<sup>8</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV, D1 – Unidade de competência D.2.2.

<sup>9</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.3.

<sup>10</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo I, A1 – Unidade de competência A1.3.

Ansiedade e Depressão Hospitalar. Reflito que foi aplicado o Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto, desenvolvido por Dias e colaboradores (2018 – Anexo 1), cujo pedido de utilização foi solicitado aos autores (Anexo 2). No entanto, a sua utilização<sup>11</sup>, embora vantajosa na identificação de algumas necessidades, careceu de adaptação ao contexto hospitalar, demonstrando-se como um instrumento pouco pertinente quando aplicado em contexto de internamento na fase aguda da doença.

Reflito que, no que concerne às intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais realizadas, advindas da identificação de diagnósticos de enfermagem, nomeadamente tristeza presente, autoestima baixa e ansiedade presente, todas foram acompanhadas de uma avaliação prévia e posterior, existindo predominância da observação imediata, seguida de reflexão crítica sobre a pertinência e eficácia da mesma, ao nível dos temas, estratégias e resultados esperados. Todos os momentos foram procedidos de uma avaliação qualitativa cujos registos documentei num documento *word*, sem identificação dos participantes, procurando uma avaliação do processo e modificando todas as estratégias identificadas como não eficazes no grupo ou utentes em específico. Visando a proteção de dados, o documento foi posteriormente eliminado.

A fim de compreender a visão do Enfermeiro Gestor sobre um serviço que apresentava a particularidade de unir duas especialidades médicas, nomeadamente a psiquiatria e a psiquiatria da infância e da adolescência, procurei analisar a questão associada às dotações seguras e respetivos rácios recomendados<sup>12</sup>. Aquando desta análise, identifiquei a ausência de documentação que analisasse as dotações seguras num serviço que apresentasse a junção das duas especialidades, sendo esta uma lacuna existente. Valida-se, no entanto, a existência do Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, assim como do Parecer n.º 01/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2019), que explora as dotações seguras, verificando-se a inexistência de referência às dotações seguras aquando de um serviço partilhado de pedopsiquiatria e psiquiatria.

Enquanto consideração final, ressalvo que o presente estágio foi acompanhado da reflexão sistemática e crítica, em conjunto com a enfermeira tutora, assim como da docente responsável, sobre as experiências vivenciadas, as dificuldades e limitações sentidas<sup>13</sup>, as

---

<sup>11</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1.

<sup>12</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo II, B2 – Unidade de competência B2.1 e B2.2.

<sup>13</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F1.1.

oportunidades e estratégias de melhoria e os pontos fortes e forças percebidas. Reflito que este processo possibilitou o aumento das minhas competências enquanto futura EEESMP, tendo desenvolvido um pensamento crítico, face à pessoa cuidada e ao processo de doença em que se encontra, reconhecendo-a como agente ativo da sua mudança, e reconhecendo-me como elemento diferenciador neste.

### **1.2.1. Projeto “Eu Consigo, Eu Decido!”**

Este projeto, apresentado no Apêndice 4, foi desenvolvido aquando da identificação do diagnóstico “Autocontrolo de Impulsos comprometido”<sup>14</sup>, visando o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem que dessem resolução ao diagnóstico identificado, através do desenvolvimento das competências emocionais, ou seja, da capacidade do/a utente identificar, verbalizar e regular as suas emoções (Dehnam, 2007).

O autocontrolo remete para a capacidade de enfrentar o stress ou situações de conflito, definindo-se através do equilíbrio e controlo emocional e da tolerância à frustração, ansiedade e stress (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020). Abreu e Azevedo (2012) destacam que o autocontrolo é um dos fatores da adolescência que se apresenta como diferencial para ultrapassar as situações de *distress* identificadas pelos próprios, sendo também este muitas vezes o desafio dos mesmos, pelo que o treino e capacitação a nível do autocontrolo deve ser um foco de atenção do EEESMP.

O período de implementação seria ao longo de quatro semanas, totalizando quatro sessões, com o objetivo de desenvolver as competências emocionais dos utentes, ou seja, potenciar a identificação, verbalização e regulação das emoções (Costa & Faria, 2013; Zsolnai, 2015). A primeira sessão visava a análise qualitativa dos conhecimentos dos utentes no início da implementação do projeto; a segunda procurava a expressão dramática das emoções; na terceira recorreu-se ao mediador cinema, com análise do filme “As Vantagens de ser Invisível”; e a quarta procurou o ensino de estratégias de regulação emocional, nomeadamente a técnica de respiração abdominal.

Destaco que cada sessão possibilitou o trabalho de conceitos que emergiram do diálogo entre o grupo, criando momentos de discussão e consolidação de conhecimento, usado o grupo como mediador, um fenómeno estudado enquanto diferenciador em contexto de internamento

---

<sup>14</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.1, F2.3, F3.1., F3.2.

de adolescentes e jovens adultos pelos ganhos evidenciados (Pena, 2014), tendo esta partilha sido um momento enriquecedor que potenciou o alcance dos resultados esperados.

No que concerne à avaliação, ressalvo previamente que o projeto apresentou um número médio constante de participantes, entre cinco a oito elementos. No entanto, apenas quatro utentes acompanharam as cinco sessões, uma vez que alguns utentes tiveram alta e outros foram admitidos no serviço durante o mesmo, sendo esta uma limitação identificada. Reflete-se que existiu uma melhoria ao nível da identificação de estratégias de regulação emocional, sendo a estratégia de relaxamento de respiração abdominal identificada, erroneamente, como meditação, pelo que se procurou o esclarecimento com o grupo. O projeto teve ainda impacto ao nível do reconhecimento da capacidade individual dos utentes se autorregularem.

Como fragilidade, destaca-se que, embora verbalmente tenham identificado as cinco emoções primárias com mais clareza no final do projeto, tal não foi evidenciado no questionário final. Como estratégia de melhoria, deverão ser desenvolvidas mais atividades que visem a psicoeducação sobre as emoções e competências emocionais nos jovens adultos.



## 2. CONTEXTO COMUNITÁRIO

As doenças mentais são uma das principais causas de morbilidade ao nível do contexto social português, estimando-se que 11% das populações de países da União Europeia apresentam sintomas de foro psicológico, sendo que, destes, 60% não terão acesso a cuidados de saúde mental, tendo esta sido uma situação que se agravou após a pandemia de Covid-19, sendo que, em Portugal, este número atingirá os 23% da população portuguesa (Entidade Reguladora de Saúde, 2023).

Conforme anteriormente referido, o EEESMP caracteriza-se como um elemento diferencial nas equipas multidisciplinares que integra, com destaque a nível do seu papel no contexto comunitário, sendo detentor de competências específicas, regulamentadas através do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Este refere que estas competências específicas capacitam do EEESMP a assistir a pessoa, família, grupo e comunidade no processo de otimização da saúde mental, ajudando sempre que necessário no processo de recuperação e identificado os recursos necessários para a mesma.

O Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2030 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021) apresenta dois grandes desafios: prestar serviços de saúde mental e sociais abrangentes, integrados e reativos inseridos nas comunidades; e implementar estratégias para a promoção e prevenção na área da saúde mental, sendo, portanto, crucial a análise do papel do EESMP nas equipas comunitárias<sup>15</sup>.

Segundo Hajebi e colaboradores (2013), as intervenções comunitárias apresentam uma relação direta com a redução dos custos em saúde e redução da prevalência das patologias psiquiátricas<sup>16</sup>. Paralelamente, os determinantes sociais da saúde mental incluem fatores que podem ser económicos e/ou sociais, sendo o contexto a estes associados específico de cada indivíduo, que é confrontado, ao longo do seu ciclo vital, com eventos adversos e exposto a condições de vulnerabilidade e resiliência (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O contexto comunitário emerge, assim, como diferencial para o EESMP, pelo potencial de ação que apresenta, desde a avaliação e diagnóstico de situações em contexto da pessoa, família, grupo ou comunidade, ao planeamento, desenvolvimento e implementação de

---

<sup>15</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.1.

<sup>16</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV, D2 – Unidade de competência D2.2., D2.3.

projetos que deem resposta às necessidades identificadas, à avaliação final dos mesmos e respetivos custos associados (OE, 2018a).

Neste seguimento, procedeu-se à realização de um estágio em contexto comunitário, nomeadamente ao nível de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com a realização de 232 horas em contexto de cuidados de saúde mental na comunidade.

## 2.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A UCC onde o estágio foi realizado pertence à zona de Lisboa. A nível dos recursos humanos, a equipa é constituída por nove enfermeiros, um secretário clínico, dois assistentes operacionais e dois psicólogos (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023). Segundo uma análise estatística publicada, a UCC abrange 73,646 utentes, sendo 23,47% jovens e 33,51% idosos (SNS, 2023), sendo que a proposta ao nível do Plano de Ação da UCC 2016-2018 identifica uma assistente técnica, quatro assistentes operacionais, duas técnicas superiores de serviço social, dezassete enfermeiros (dando resposta ao rácio de pelo menos 1 enfermeiro por cada 5000 habitantes, preferencialmente especialistas, destaca-se que segundo a mesma fonte existe um défice, que valido junto da equipa que se mantém até à data, de 160 horas de enfermagem para a execução de projetos), cinco médicos, uma nutricionista, duas psicólogas e um motorista. Enquanto subárea de intervenção, com ação ativa do EEESMP, destaca-se a Saúde Escolar e o Atendimento Juvenil. Por fim, denoto que a missão da presente UCC é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim para um cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde em que se integra. Enquanto visão, a mesma define o alcance de uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

## 2.2. PERCURSO FORMATIVO

Numa fase inicial, procedi à integração na equipa multidisciplinar<sup>17</sup>, na medida em que foi realizada uma análise aos recursos humanos e materiais da UCC<sup>18</sup>, uma apresentação

---

<sup>17</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 - Unidade de competência F3.3.

<sup>18</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo I – Unidade de competência A1.1., A1.2., A1.3.

pessoal à equipa e coordenação, observada a dinâmica entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, realizado o apoio à implementação de programas e projetos em vigor, destacando-se o Programa “+Contigo”, em dois agrupamentos de escola, e o Projeto “Comportamentos Aditivos”, em parceria com o Centro de Saúde da região.

No que concerne à identificação de problemas e necessidades por parte da equipa, destaca-se que a mesma verbalizou dificuldades no processo de comunicação no local de trabalho, nomeadamente entre pares, e a nível do trabalho de equipa, assim como de *distress* em contexto ocupacional, pelo que foi identificada a necessidade, associada ao desenvolvimento de estratégias, de melhorar a gestão de conflitos e desenvolver estratégias de *coping*<sup>19</sup>.

Após realizar esta análise e partilhar a mesma com a enfermeira tutora, foi estudada a pertinência da intervenção. No entanto, após partilha da presente ideia com a enfermeira coordenadora, visando a aplicação prévia de um questionário que analisasse o stress ocupacional<sup>20</sup>, e a realização de uma análise da temática, foi-me transmitido que este período temporal não seria o mais adequado, devido ao processo instável que as equipas se encontravam a presenciar devido à transição para Unidade Local de Saúde.

Posteriormente, procurou-se analisar as necessidades associadas à comunidade, tendo-me sido atribuído o agrupamento de escolas correspondente ao agrupamento de escolas atribuído à minha enfermeira tutora<sup>21</sup>.

De forma a identificar as necessidades da comunidade, realizou-se uma entrevista com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC<sup>22</sup>, tendo-se validado uma carência a nível de projetos no contexto pré-escolar. De seguida, na procura de validar as devidas necessidades, procedeu-se a uma reunião com as educadoras (contexto pré-escolar) do agrupamento, tendo sido verbalizado que as crianças apresentavam dificuldades a nível da expressão emocional, comunicação de emoções e regulação emocional<sup>23</sup>.

Neste sentido, desenvolvido um projeto a nível do contexto pré-escolar, que procurava a capacitação e promoção das competências emocionais das crianças<sup>24</sup>, intitulado de “Vamos

---

<sup>19</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F4.1.

<sup>20</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo II – Unidade de competência B3.1.

<sup>21</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo I – Unidade de competência A2.1., A2.2.

<sup>22</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.2., F3.3.

<sup>23</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F.2.1., F2.2., F3.1.

<sup>24</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F4.1., F4.2., F4.3.

Separar as Cores?” (Apêndice 5). Este projeto teve como objetivos gerais: desenvolver o autoconhecimento, na sua dimensão emocional, nas crianças; desenvolver a literacia emocional das crianças; capacitar as crianças para as competências emocionais; e avaliar as intervenções realizadas.

O desenvolvimento deste projeto permitiu o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com as crianças e familiares/elementos significativos, na medida em que foram estabelecidos dois momentos formais de interação com os mesmos (Sessão 1 e Sessão 5), foi pedida a colaboração a nível de alterações emocionais/comportamentais nas crianças que emergissem no decorrer do projeto. Foi, ainda, entregue o contacto profissional para o esclarecimento de qualquer questão adicional. No próximo subcapítulo, encontrar-se-á descrita, de forma mais minuciosa, o processo associado ao projeto.

O presente estágio permitiu analisar e compreender a rede de suporte da população estudada<sup>25</sup>, assim como foi possível a translação destes conhecimentos à pessoa e família, em específico a criança e a sua rede de suporte familiar. Este processo, assim como a mobilização das competências desenvolvidas através do projeto implementado, nomeadamente as competências sócio terapêuticas e psicoeducacionais, permitiram o estabelecimento de relações de confiança e parceria com os utentes, grupos e comunidade<sup>26</sup>, procurando melhorar e recuperar da saúde, objetivando o aumento do *insight* sobre os problemas, assim como da capacidade de identificação de novos caminhos resolutivos (OE, 2018a).

Segundo Holt-Lunstad (2018), os recursos comunitários, assim como a sua acessibilidade, são fatores decisivos aquando da análise do risco de isolamento social, desde os transportes, serviços comunitários a grupos de apoio, podendo o isolamento social ser preditivo de alterações ao nível da saúde mental da pessoa, pelo que este deverá ser um fator alvo de análise por parte do EEESMP<sup>27</sup>.

Assim, e direcionando a análise para a população prevalente deste estágio, nomeadamente população pediátrica a frequentar o respetivo agrupamento de escolas atribuído, e respetiva família, abrangida pela UCC, identificou-se a equipa de saúde escolar enquanto recurso comunitário<sup>28</sup>, com referenciação interna para o Atendimento Juvenil e envolvimento da

---

<sup>25</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.1.

<sup>26</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F1.1.

<sup>27</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV – Unidade de competência D2.2., D2.3.

<sup>28</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.1., F2.2.

equipa multidisciplinar, sempre que necessário. Considera-se que, no contexto comunitário, existem ainda elementos essenciais enquanto rede de suporte, destacando-se numa primeira abordagem a família/elementos significativos, professores, assistentes operacionais/técnicos significativos e enfermeiro no contexto escolar.

Visando o alcance da implementação de programas de intervenção em enfermagem de saúde mental comunitária que favorecem a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar indivíduos, familiares e grupos sociais ao longo do ciclo vital, foi possível implementar o Programa “+Contigo” e desenvolver e implementar o projeto “Vamos separar as cores?”<sup>29</sup>.

No que concerne à análise das necessidades da comunidade, é de referir, ainda, a necessidade identificada a nível dos assistentes operacionais, nomeadamente stress ocupacional presente. Face a esta necessidade, foi desenvolvido e proposto um projeto que desse resposta a esta necessidade<sup>30</sup>, designadamente, “O Círculo que a Mente Une” (Apêndice 7). No entanto, este projeto, embora reconhecido como importante, não foi aceite por motivos de escassez de recursos humanos em contexto laboral, impedindo a disponibilização dos mesmos para frequentar as sessões.

Durante o presente estágio procedeu-se, então, à implementação do Programa “+Contigo” a uma turma, tendo este processo sido crucial, na medida em que potenciou a compreensão do impacto da intervenção como EEESMP no grupo, mobilizando-me enquanto instrumento, gerindo os meus fenómenos de contratransferência e analisando, de forma sistemática, as hipóteses de melhoria. Desta análise, observei que, aquando de períodos de maior ruído, apresentava uma grande dificuldade em gerir o meu próprio silêncio, tentando sempre recorrer à voz para a delimitação de limites aquando da intervenção. No entanto, foi na terceira intervenção que consegui, aquando de períodos de maior ruído, intervir através do silêncio, despertando nos participantes o efeito antagónico ao seu comportamento, seguindo-se um silêncio e escuta das indicações. Foram, ainda, desenvolvidas competências comunicacionais, gestão do grupo, assertividade e autoconsciência<sup>31</sup>.

Aquando do presente estágio, foi pedida a minha colaboração na realização de um conjunto de intervenções psicoeducativas<sup>32</sup> sobre as consequências dos consumos de substâncias psicoativas, assim como das dependências existentes a nível dos consumos de tabaco e

---

<sup>29</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.3., F3.1., F3.3.

<sup>30</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo III – Unidade de competência B3.1.

<sup>31</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F1.1.

<sup>32</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F2.3., F3.3., F4.1., F4.2.

álcool, a uma turma do 12º ano, no sentido de os capacitar para a realização de uma sessão de educação para a saúde para os alunos do 9º ano da mesma escola. Desta forma, foram desenvolvidos conhecimentos relativos a estas temáticas, assim como foi possível realizar uma avaliação geral da perceção dos adolescentes a nível do contexto escolar, identificar os principais fatores de risco por eles relatados e identificar estratégias de prevenção de consumos em contexto escolar. Em tom de síntese, observa-se que os adolescentes estão despertados para os efeitos e consequências dos consumos de álcool, tabaco/*vapers* e substâncias psicoativas. No entanto, esta é uma realidade incidente a nível da presente escola, sendo que os jovens identificam, como fatores de risco: espaços sem vigilância nas periferias das escolas, redes de venda dentro do recinto escolar e facilidade no acesso a contacto de compra destas substâncias, com referência a comportamentos sexuais de risco como forma de pagamento das mesmas. Como estratégias de prevenção, destacam a realização de sessões de educação para a saúde e criação de um dia, durante o ano letivo, de sensibilização no contexto escolar, com recurso a cartazes, jogos e *Quick Response Codes* espalhados, com acesso a informações sobre o tema.

Observa-se que a implementação do Programa “+Contigo”, assim como a implementação do projeto desenvolvido e intervenção psicoeducativa realizada, permitiu ainda a aproximação da UCC à família e pessoas significativas das crianças e adolescentes intervindos, reforçando a importância de articulação entre ambos com impactos significativos ao nível da saúde dos mesmos.

Valido que foi possível participar e intervir numa reunião comunitária<sup>33</sup>, onde se analisou a importância da articulação em rede, foram identificados casos e estratégias de apoio associadas e existiu a reflexão crítica sobre as mudanças organizacionais que adviriam do processo de integração na Unidade Local de Saúde, destacando-se a facilidade na articulação entre as equipas multidisciplinares e respetivos encaminhamentos.

Foi possível a análise e discussão com a enfermeira tutora sobre os focos de enfermagem segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE], Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2019), destacando os seguintes: conhecimento sobre serviço comunitário, autoestima, autoconceito, angústia, ansiedade, apoio da família, apoio emocional, apoio social, autoconhecimento, bem-estar, *coping*, desenvolvimento do adolescente, emoção, esperança, estigma, insegurança, isolamento social, socialização, stress, tristeza (implementação do Programa “+Contigo”), dependência, papel comunitário (intervenção psicoeducativa escolar “Comportamentos Aditivos”), conhecimento, emoção,

---

<sup>33</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.5.

desenvolvimento infantil, comunicação (implementação do projeto “Vamos Separar as Cores?”)<sup>34</sup>.

A realização do presente estágio permitiu a reflexão crítica, de forma contínua, sobre os ganhos em saúde advindos do desenvolvimento e implementação de projetos por parte do EEESMP<sup>35</sup>, tendo sido realizada uma reflexão escrita (Apêndice 8), que analisa a importância do EEESMP na consulta de Atendimento Juvenil, sendo este um elemento de destaque, devido à sua capacidade de se mobilizar enquanto instrumento terapêutico, aplicando estratégias aquando da entrevista e consulta de enfermagem, diferenciais na resposta, face aos focos e diagnósticos identificados<sup>36</sup> (OE, 2018a). Considera-se que, durante as consultas de enfermagem, os enfermeiros deverão estar atentos a situações e problemas como: a incapacidade de gestão das atividades do dia-a-dia, alterações no padrão do sono, alterações de humor significativas, humor deprimido mantido, comportamentos de isolamento repetidos, comportamento de auto e heteroagressividade e verbalização de ideação suicida (Andrade et al., 2018), análise e avaliação que carece do exercício das competências de um EEESMP. Fundamentando esta análise, destaco que, durante as consultas observadas, identifiquei os seguintes diagnósticos de enfermagem<sup>37</sup>, como comuns entre os adolescentes, segundo a taxonomia CIPE (CIE, 2019): baixa autoestima situacional, ansiedade, insegurança, frustração e solidão. Face aos mesmos, e enquanto intervenções de enfermagem, segundo a CIPE (CIE, 2019), destaco: promover o *coping* eficaz; facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; escutar; promover momentos de partilha de experiências de sucesso; apoiar o processo de tomada de decisão; identificar obstáculos à comunicação; promover confiança ao adolescente para lidar com as situações; estabelecer relação de ajuda; disponibilizar presença; reforçar os pontos positivos pessoais que o adolescente identifica; identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação; e determinar metas com o adolescente.

Por fim, destaco a participação no 3º Encontro Regional de Lisboa do Programa +Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários (Anexo 3), no Webinar "Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária na Promoção da Saúde da Criança, Jovem e Pessoa Idosa" e no Webinar “Intervenções de Enfermagem nas Famílias de Hoje...” (Anexo 4).

---

<sup>34</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1.

<sup>35</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo II - Unidade de competência B2.1, B2.2.

<sup>36</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1., F3.2.

<sup>37</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1., F3.2.

### 2.2.1. Projeto “Vamos Separar as Cores?”

Visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados (psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais), fundamentados e com qualidade técnica, procedeu-se então à criação e implementação do projeto “Vamos Separar as Cores?”<sup>38</sup> (Apêndice 6), concebido com a finalidade de desenvolver as competências emocionais das crianças do ensino pré-escolar. Neste sentido, desenvolveram-se intervenções de enfermagem que visavam a identificação das emoções primárias (alegria, tristeza, medo, raiva e aversão), o incentivo à verbalização das emoções e o ensino, com recurso a um *audiobook* de *mindfulness*, sobre a estratégia de relaxamento respiração abdominal.

Para o alcance destes objetivos, procedeu-se à realização de uma primeira sessão com as famílias, a sessão 1, e três sessões com as crianças: sessão 2, intitulada de “As Minhas Emoções”; sessão 3, intitulada de “O Círculo das Emoções”; sessão 4, intitulada de “Como Gerir o que Sinto?”; e a sessão 5, intitulada de “Até Já Emoções!”, com um convite em formato de panfleto realizado aos pais (Apêndice 6), terminando todas as sessões com uma proposta de trabalho de casa, visando a articulação e aproximação do projeto à família/elementos significativos.

Enquanto metodologia do projeto, inicialmente havia considerado a metodologia interativa, no entanto, após uma análise aos grupos, compreendeu-se que a intervenção com recurso a características da metodologia sociodramática seria mais benéfica, visando o alcance do desenvolvimento das competências emocionais, isto é, da identificação, verbalização e regulação das emoções (Costa & Faria, 2013; Zsolnai, 2015).

Enquanto base metodológica, destaco assim o Modelo de Sociodrama e Psicodrama de J. L. Moreno, que considera o sociodrama enquanto um processo em grupo que se baseia no pressuposto de cada elemento possuir um papel social numa determinada cultura (Moreno, 2002). Esta metodologia trabalha no cruzar os fenómenos pessoal e social, sendo o verdadeiro sujeito desta invenção o grupo, mobilizando técnicas do teatro espontâneo para explorar e/ou resolver conflitos ou temas, coletivos (Miranda & Oliveira, 2012; Toloí & Souza, 2015). Segundo os mesmos autores, existem três fases no sociodrama: o aquecimento, inespecífico e específico, a dramatização e os comentários finais.

---

<sup>38</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F4.1., F4.2.

Segundo Barbosa e colaboradores (2018), a aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos a nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal, pelo que esta metodologia se avistava indicada para as intervenções.

Ao longo das sessões foi possível analisar os diferentes elementos do grupo 1 e 2, adequando as sessões às suas necessidades, que passo a descrever.

No que concerne ao grupo 1, analisou-se uma adesão por parte do grupo ao período de aquecimento inespecífico e específico, identificando-se uma dificuldade acrescida na transição para a fase da dramatização. Observou-se que as crianças aderiram à primeira fase, demonstrando agrado na realização dos dois momentos do aquecimento e verbalizando o desejo de continuar na mesma. No entanto, associado ao agrado demonstrado pelas mesmas, observou-se uma maior dificuldade aquando da transição para a fase da dramatização.

No seguimento da observação anterior, reflito que no período que exigia a escuta entre os pares existiu uma maior dificuldade de concentração, tendo potenciado em algumas crianças distratibilidade e irritabilidade. Nestes períodos, procurou-se dar espaço para que estas pudessem participar ativamente, embora não fosse o momento da sua intervenção. No entanto, considera-se que esta estratégia não levou a alterações do comportamento ou ao aumento da atenção. Destaca-se que, neste grupo, em média, apenas 2 a 3 crianças se recordavam do trabalho de casa solicitado, não conseguindo nenhuma expor se a mensagem havia ou não chegado aos pais, levando à questão inerente à relação e articulação entre a escola e a família, interesse e motivação das crianças face ao projeto em si, disponibilidade parental demonstrada, interesse demonstrado na atividade por parte dos familiares e o próprio processo de interação e comunicação familiar.

No que concerne ao grupo 2, verificou-se uma excelente adesão e participação a todas as fases da intervenção, destacando o sucesso das intervenções, na medida em que o grupo conseguia observar, demonstrar atenção, seguir as indicações e colaborar ativamente. Validou-se a existência de temas que não haviam sido expostos, mas de elevada pertinência, como, por exemplo, o caso de crianças exporem o comportamento dos adultos aquando da vivência de determinadas emoções, tendo estes sido trabalhados com o grupo, analisando aquilo que seriam comportamentos saudáveis (conversas sobre as emoções sentidas e choro face a situações de tristeza), de não saudáveis (recurso ao telemóvel por parte dos pais sempre que se chateavam, evitando falar nesses momentos). No presente grupo, a maioria das crianças recordava-se do trabalho de casa solicitado, conseguindo a turma relatar quem

tinha realizado ou não o mesmo. Validou-se uma comunicação eficaz entre as crianças e os familiares, uma relação e articulação positiva entre a escola e a família, interesse e motivação das crianças face ao projeto em si, disponibilidade parental e interesse demonstrado na atividade por parte dos familiares.

No que concerne à integração de intervenções inovadoras e baseadas nas novas tecnologias na prática especializada, destaca-se a utilização do *audiobook* enquanto estratégia tecnológica, passível de aplicação na quarta sessão do projeto desenvolvido e implementado referente às estratégias de regulação emocional. Este intitula-se “Senta-te Quietinho como uma Rã”, de Eline Snel (2019), um livro com versão digital em áudio, que contempla uma estratégia de *mindfulness* para crianças, com posterior treino da respiração abdominal.

Reflieto que a versão áudio deste *audiobook* de meditação guiada foi apenas aplicada ao grupo 2, pelas características do mesmo, na medida em que, durante as sessões, foi possível compreender que o grupo 1 seria um grupo onde existiria maior dificuldade em implementar esta atividade, pois o áudio exige um período de seis minutos de escuta. O grupo 1 demonstrava uma maior vontade de brincar e dificuldade em transitar deste período de brincadeira para um período de maior atenção. Assim, e respeitando as características do grupo, nesta turma, foram utilizados excertos do recurso estabelecido, no entanto, ao invés de um documento áudio, recorreu-se à minha voz enquanto guia, conduzindo o conteúdo do livro conforme a disponibilidade da turma para receber as informações que lhes iam sendo dadas, prevendo-se desta maneira o sucesso da intervenção. No grupo 2, foi possível a aplicação do *audiobook*, tendo a totalidade das crianças conseguido atingir o objetivo esperado de seguir as instruções, mantendo períodos de calma congruentes com o conteúdo guiado e conseguindo realizar, de forma guiada, as estratégias de autorregulação. No fim, procedeu-se ao ensino e treino da técnica de relaxamento respiração abdominal, tendo ambos os grupos conseguido, no momento da intervenção, realizar a técnica<sup>39</sup>.

Analisa-se a possibilidade de desenvolvimento e implementação deste projeto, durante um período de cinco semanas, em duas turmas do pré-escolar. Destacou-se a gestão de 2 grupos de crianças, com abordagens educacionais diferentes, ao nível das educadoras, existindo a necessidade de adaptação das estratégias utilizadas aquando das sessões de forma a dar resposta às necessidades que emergiam do mesmo. Destaca-se que, por motivos de greve em contexto escolar, a sessão 4 e 5 não tiveram o espaçamento de uma semana entre estas, o que considerava como necessário para a consolidação das aprendizagens e realização do trabalho de caso, promovendo a interação e perceção da mudança por parte da

---

<sup>39</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV – Unidade de competência D2.2., D2.3.

família/elementos significativos, fenómeno preconizado pelo projeto, sendo que a avaliação final poderá estar enviesada.

A avaliação dos projetos<sup>40</sup> é, segundo Loureiro (2013), feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos. Segundo este autor, destacam-se quatro momentos: a avaliação antes, avaliação durante, avaliação final e a avaliação do impacto. A avaliação antes deve ser de carácter quantitativo, com recurso ao “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (Ribeiro, 2012 – Anexo 5); a avaliação durante é direcionada para o processo, reconhecendo os fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliando a necessidade de mudança; a avaliação após, de carácter quantitativo, deverá ser com recurso ao “Questionário de Capacidades e Dificuldades – Follow-Up” (Ribeiro, 2012 – Anexo 6); e, por fim, a avaliação do impacto, um mês após o término da aplicação do projeto, através da validação com os docentes de turma se existiu alguma alteração ao nível das competências emocionais dos educandos (avaliar se existiu aumento da verbalização e identificação das emoções).

Segue-se a análise descritiva da avaliação realizada, que reflete a avaliação do projeto supracitado, avaliado através da aplicação do instrumento de colheita de dados “Questionário de Dificuldades e Facilidades”, uma avaliação que apresentou dois momentos, nomeadamente o momento pré e após a implementação do projeto. A amostra é constituída por um total de 14 participantes, com idades compreendidas entre os três e quatro anos, com uma média de 3,714 anos e um desvio padrão de 0,47 anos.

Tendo em conta a seleção da metodologia estatística mais adequada para análise dos dados disponíveis, foi avaliado o pressuposto da normalidade dos mesmos. Para testar a normalidade da variável na população a partir da amostra recorreu-se ao teste de *Shapiro-wilk* dado o tamanho da mesma  $n < 30$ , servindo para avaliar o momento pré-intervenção.

Para este teste foram formuladas as seguintes hipóteses:

H0: A distribuição da variável dependente é normal.

H1: A distribuição da variável dependente não é normal.

---

<sup>40</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV – Unidade de competência D2.2.

**Tabela 1***Testes de Normalidade***Testes de Normalidade**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
EPS-PRÉ	,232	14	,040	,848	14	,021
CPS-PRÉ	,194	14	,159	,929	14	,300
HS-PRÉ	,158	14	,200*	,957	14	,678
PPS-PRÉ	,340	14	,000	,806	14	,006
PS-PRÉ	,196	14	,148	,915	14	,189
Score_total_pre	,106	14	,200*	,972	14	,905

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Após avaliação do valor de significância, associado ao cálculo da estatística do teste, verificaram-se evidências para rejeitar, ou não, a hipótese nula. Neste contexto, e fixando o nível de significância estatística em 0,05, poderemos concluir que valores iguais ou superiores a este sugerem a existência de uma distribuição normal, enquanto, uma significância inferior a 0,05 leva à rejeição da hipótese nula.

Para o estudo da estatística e respetiva significância foi utilizado o software estatístico *IBM SPSS*. Os valores calculados observam-se na Tabela 1 - Testes de normalidade e as conclusões, nos parágrafos em baixo, são referentes ao parâmetro Sig, relativo à significância estatística.

Analisando o valor da significância estatística, os dados sugerem que as dimensões *Emotional Problems Scales* (grupo EPS-PRÉ) e *Peer Problems Scales* (grupo PPS-PRÉ) não seguem

uma distribuição normal. O valor de significância é inferior em ambos os casos a 0,05, levando à rejeição da hipótese nula ( $H_0$ ).

Os dados relativos às amostras de *Conduct Problems Scale* (grupo CPS\_PRÉ), *Hiperactivity Scale* (grupo HS\_PRÉ), *Pro Social Scale* (grupo PS-PRÉ) e o *Total Difficulties Score* (parâmetro resultante do somatório de EPS, CPS, HS e PPS no grupo pré-avaliação), têm uma significância estatística superior a 0,05 e, como tal, não se rejeita a hipótese nula. Isto é, na população a distribuição da variável dependente adere à normalidade.

A próxima fase de avaliação dos resultados da intervenção já tem em conta a informação obtida no teste de *Shapiro-Wilk*.

Assim sendo, para as variáveis CPS-PRÉ, HS-PRÉ, PS-PRÉ e *Score Total* PRÉ, que seguem uma distribuição normal, recorreu-se ao teste *T-Student* para amostras emparelhadas, um teste paramétrico.

Relativamente às variáveis para as variáveis EPS-PRÉ e PPS-PRÉ, que não seguem uma distribuição normal, foi avaliada o desempenho da intervenção com base no teste não paramétrico de *Wilcoxon*.

De seguida, serão apresentados e descritos os resultados da aplicação do Teste *T-Student* para amostras emparelhadas, nas respetivas variáveis previamente identificadas, para determinar se existe uma diferença estatisticamente significativa nas médias das variáveis antes e após a intervenção. Posteriormente, apresentam-se os resultados dos testes não paramétricos avaliados.

**Tabela 2***Estatística de amostras emparelhadas***Estatísticas de amostras emparelhadas**

		Média	N	Desvio Pa- drão	Erro Padrão da Média
Par 1	Score_to- tal_pre	12,0000	14	5,97430	1,59670
	Score_to- tal_pos	10,5000	14	4,01440	1,07289
Par 2	PS-PRÉ	8,21	14	1,528	,408
	PS-PÓS	8,43	14	1,697	,453
Par 3	HS-PRÉ	4,43	14	3,005	,803
	HS-PÓS	4,07	14	2,556	,683
Par 4	CPS-PRÉ	3,14	14	2,248	,601
	CPS-PÓS	2,86	14	1,791	,479

**Tabela 3***Teste T-Student de amostras emparelhadas***Teste de amostras emparelhadas**

		Diferenças emparelhadas							
		Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença		T	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Score_total_pre - Score_total_pos	1,50000	4,50214	1,20325	-1,09946	4,09946	1,247	13	,235
Par 2	PS-PRÉ - PS-PÓS	-,214	1,424	,381	-1,036	,608	-,563	13	,583
Par 3	HS-PRÉ - HS-PÓS	,357	1,906	,509	-,743	1,457	,701	13	,496
Par 4	CPS-PRÉ - CPS-PÓS	-,286	2,199	,588	-,984	1,555	-,486	13	,635

Considerando que as significâncias do teste são bilaterais e a hipótese formulada relativamente às diferenças entre o antes e o pós, para cada uma das variáveis, são direcionadas ou unilaterais, o erro máximo da estimativa deve ser dividido por dois.

Procedendo à análise estatística dos resultados refere-se que, tendo em conta a significância da amostra ( $p \leq 0,05$ ), para as variáveis Score Total, HS e CPS:

H0: Não existe diferença entre a média pré e pós intervenção.

H1: A média no pós-intervenção é menor.

Face ao *score total*, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* totais pré e pós-intervenção (probabilidade de significância  $[p] = 0,118$ ). A média das

diferenças sugere uma tendência de melhoria após a intervenção, tendo diminuído 1,50 pontos, mas essa mudança não é estatisticamente significativa.

Face ao *score* da HS, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* pré e pós-intervenção na escala de hiperatividade ( $p = 0,248$ ). A média diminuiu 0,357 pontos, mas essa mudança não é estatisticamente significativa.

Face ao CPS, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* pré e pós-intervenção na escala de problemas de conduta ( $p = 0,318$ ). A média diminuiu 0,286 pontos, mas essa mudança não é estatisticamente significativa.

Procedendo à análise estatística dos resultados refere-se que, tendo em conta a significância da amostra ( $p \leq 0,05$ ), para a variável PS:

H0: Não existe diferença entre a média pré e pós intervenção.

H1: A média no pós-intervenção é maior.

Face ao *score* total da PS, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* pré e pós-intervenção na escala pró-social ( $p = 0,292$ ). A média das diferenças aumentou 0,214, verificando-se um aumento, que seria esperado nesta variável, mas essa diferença não é significativa.

A análise dos dados utilizando o Teste T-Student para amostras emparelhadas não permite rejeitar H0, pelo que se verifica que não há diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* pré e pós-intervenção, em todas as variáveis avaliadas (*Score* total, PS, HS, CPS), embora se verifique uma tendência de melhoria, as mudanças observadas não são significativas do ponto de vista estatístico. Em suma, verificou-se que as diferenças observadas se devem ao acaso amostral e não traduzem diferenças observáveis na população.

Procede-se agora à análise dos testes não-paramétricos, com recurso ao teste Wilcoxon.

**Tabela 4**

*Teste Wilcoxon*

**Postos**

		N	Posto Médio	Soma de Postos
EPS1-PÓS - EPS-PRÉ	Postos Negativos	10 <sup>a</sup>	6,85	68,50
	Postos Positivos	3 <sup>b</sup>	7,50	22,50
	Empates	1 <sup>c</sup>		
	Total	14		
PPS-POS - PPS-PRÉ	Postos Negativos	6 <sup>d</sup>	5,83	35,00
	Postos Positivos	4 <sup>e</sup>	5,00	20,00
	Empates	4 <sup>f</sup>		
	Total	14		

a. EPS1-PÓS < EPS-PRÉ

b. EPS1-PÓS > EPS-PRÉ

c. EPS1-PÓS = EPS-PRÉ

d. PPS-POS < PPS-PRÉ

e. PPS-POS > PPS-PRÉ

#### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

	EPS1-PÓS - EPS-PRÉ	PPS-POS - PPS-PRÉ
Z	-1,696 <sup>b</sup>	-,832 <sup>b</sup>
Significância Assint. (Bilateral)	,090	,405

a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon

b. Com base em postos positivos.

De acordo com os dados do teste de Wilcoxon, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* pré e pós-intervenção na escala EPS ( $Z = -1,696$ ;  $p = 0,045$ ). Isso indica que existiu uma ligeira tendência de aumento dos problemas emocionais das crianças após a intervenção, com significância estatística, justificada não só pelo uso da dramatização por inspiração sociodramática, que potencia a expressão da criança, como revelando um aumento da verbalização das emoções por parte das mesmas, sendo que as diferenças observadas alcançaram significância estatística, ainda que não no sentido previsto. Os postos médios dos *scores* negativos e positivos foram 6,85 e 7,50, respectivamente, evidenciando uma mudança com significado estatístico, na dimensão de problemas emocionais após a intervenção.

Segundo os dados do teste de Wilcoxon, no que concerne à avaliação do PPS, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* pré e pós-intervenção ( $Z = -0,832$ ;  $p = 0,203$ ). Estes dados significam que, apesar de uma ligeira tendência de diminuição ao nível dos problemas de relacionamento com os pares após a intervenção, as diferenças observadas não alcançaram significância estatística. Os postos médios dos *scores* negativos e positivos foram 5,83 e 5,00, respectivamente, indicando uma mudança não significativa na dimensão de problemas de relacionamento com os pares após a intervenção.

Em suma, observou-se uma ligeira diminuição da escala PPS e observou-se um ligeiro aumento da escala EPS, este último com relevância estatística, demonstrando que a intervenção interferiu com as emoções das crianças.

Realizando uma análise reflexiva, considera-se que, devido à dimensão da amostra e ao número de intervenções, não eram esperados diferenças estatisticamente significativos, no entanto, existindo uma melhoria ao nível de todos os indicadores nas crianças, considera-se que este projeto, do ponto de vista clínico, teve validade.

No que concerne à avaliação do impacto, procedeu-se ao contacto com a enfermeira da UCC para validar se os docentes das turmas tinham notado alguma alteração. Aquando deste momento, foi-me transmitido que o projeto tinha sido uma mais-valia, não pelos resultados imediatos, que não foi possível associar diretamente às intervenções realizadas, mas para a sensibilização realizada face ao tema, estímulo enquanto área de necessária intervenção, aumento da sensibilização da temática no núcleo familiar e estreitamento da ligação entre a equipa de enfermagem, a escola e as famílias.

Enquanto projeção dos ganhos em saúde para a comunidade, destaca-se que este projeto foi, a pedido da equipa da UCC, agregado aos projetos implementados pela mesma, em contexto pré-escolar, tendo realizado uma apresentação à equipa sobre o mesmo (Apêndice 7).

Por fim, destaco que emergiu da educadora do grupo 2 a coordenação do projeto “Vamos Separar as Cores?” com o dia “+Contigo”, resultando na criação de trabalhos únicos (Figura 1), inspirados no trabalho de casa proposto na segunda sessão “O Que Te Faz Feliz?”, que foram expostos neste dia, para visualização e reconhecimento por parte da comunidade escolar. Aquando da validação da perceção das crianças sobre os trabalhos desenvolvidos, elas encaminharam-me, com a educadora, para a zona de exposição e afirmaram “gostámos muito, é o que nos faz feliz vê? Como nos perguntou!” (sic), demonstrando orgulho e confiança nos trabalhos desenvolvidos.

### Figura 1

*Trabalhos desenvolvidos pelo grupo 2 “O que me faz feliz...”*



Como sugestão de melhoria<sup>41</sup> para o serviço, sugiro a alocação do EEESMP, enquanto elemento de referência no projeto “Atendimento Juvenil”, dando resposta aos objetivos por estes discriminados e atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, análise que poderá ser observada no Apêndice 9 – Reflexão Crítica: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Consulta de Atendimento Juvenil<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo II- Unidade de competência B2.2.

<sup>42</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV- Unidade de competência D2.1., D2.2., D2.3.

### 3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

Segundo o Decreto-Lei n.º113/2021, de 14 de dezembro, publicado em Diário da República (Presidência do Conselho de Ministros, 2021), os Serviços Locais de Saúde Mental são departamentos ou serviços hospitalares que visam assegurar cuidados de saúde mental, quer a nível ambulatorio ou em internamento, através da criação e implementação de programas e serviços que objetivem a continuidade de cuidados, integrando a Hospitalização de Dia enquanto área funcional.

A análise da literatura evidencia que a atividade e metodologias de trabalho aquando dos serviços de Hospital de Dia não são as mesmas entre os vários hospitais. No entanto, o conceito *per se* apresenta-se como comum, definindo-se como uma “modalidade de resposta para doentes graves que não responderam às respostas instituídas em ambulatorio” podendo o acompanhamento ser “individual, familiar ou grupo, ou para o período de transição após um internamento pedopsiquiátrico, de forma a permitir uma adaptação mais apoiada ao retorno ao contexto familiar e escolar, após a alta hospitalar” (DGS, 2018, p.49).

#### 3.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente estágio, referente a Respostas Diferenciadas, contemplou um total de 172 horas, tendo sido realizado num Hospital de Dia na Área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, abrangendo jovens dos 13 aos 18 anos, que são referenciados pelo serviço de urgência e unidade de internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Central, médico de família, família, pelo próprio adolescente, escolas, equipas de pedopsiquiatria e outras instituições.

Como objetivos, apresenta descritos no Manual de Acolhimento o proporcionar tratamento especializado a adolescentes e suas famílias, intervenção imediata em situações de risco; promoção da integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos utentes; estabelecer a interligação com estruturas comunitárias existentes, nomeadamente, escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, estruturas autárquicas e serviços judiciais; proporcionar a formação de profissionais de saúde; e desenvolver investigação na área de saúde mental e psiquiatria. Como áreas de intervenção, destaca-se o apoio médico de Pedopsiquiatria, o apoio psicoterapêutico individual, grupal e familiar e o apoio em terapia ocupacional individual e em grupo.

### 3.2. PERCURSO FORMATIVO

Aquando do processo de integração no serviço descrito, procurei compreender a visão dos enfermeiros que neste exerciam funções, adequando a minha visão e conhecimento prévios à realidade que me foi apresentada.

Segundo a equipa de enfermagem, o contexto que se apresentava emergia como diferencial no processo de saúde dos adolescentes cuidados e respetivas famílias, sendo marcado pelo estabelecimento de uma relação terapêutica num *setting* terapêutico propício à realização de intervenções psicoterapêuticas e terapia de grupo.

Este fenómeno é também referido e destacado aquando da literatura publicada, fazendo alusão um estudo qualitativo de Rossi e colaboradores (2019), que refere que alguns fatores protetores da saúde mental nos adolescentes são: sentimento de segurança, a confiança transmitida, perceção de suporte e apoio nos momentos de enfrentamento<sup>43</sup>. Segundo Vinogradov e Yalom (1992), os processos terapêuticos em grupo apresentam 11 fatores diferenciais que potenciam a mudança no participante, nomeadamente: a instilação de esperança, a universalidade, a informação, o altruísmo, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, a modelagem, o desenvolvimento de competências sociais, a coesão, a aprendizagem interpessoal, os fatores existenciais e a catarse.

Com base nesta premissa, e visando o desenvolvimento das minhas competências científicas, técnicas e relacionais a um nível aprofundado no âmbito da prestação de cuidados, investigação e gestão, estabeleci vários objetivos para o presente estágio: compreender o processo de doença do adolescente, família e respetiva relação e resposta terapêutica; aprofundar conhecimentos sobre a saúde mental e psiquiatria do adolescente; compreender o papel do EEESMP aquando da intervenção em grupo; identificar os mediadores expressivos utilizados aquando do contexto de grupo; e, por ser a metodologia de gestão aplicada no serviço, compreender o modelo de gestor de caso.

No que concerne ao primeiro objetivo específico, analiso que foi possível a compreensão do processo de doença do adolescente, família e respetiva resposta terapêutica. Neste ponto, destaco que o processo patológico que emergiu como de maior dificuldade foi o Transtorno de Personalidade Boderline (TPB)<sup>44</sup>, sendo este diagnóstico questionável na adolescência, pelo que se fará alusão a traços de personalidade sugestivos do diagnósticos de TPB na idade

---

<sup>43</sup> Regulamento nº 515/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica- Anexo 1 - Unidade de competência F2.1

<sup>44</sup> Regulamento nº 140/2019- Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV- Unidade de competência D1.1

adulta, com implicações significativas para a pessoa e respetiva família, pela existência de comportamentos de risco repetidos e emocionalmente desafiantes para o núcleo familiar, associado a uma sensação de incapacidade pelos mesmos (Kaess, Brunner & Chanen, 2014). O estudo deste fenómeno enalteceu simultaneamente o pensamento crítico referente à resposta terapêutica associada, pois, embora os mesmos autores evidenciem que a resposta terapêutica mais adequada é a frequência do Hospital de Dia em simultâneo com terapia, muito frequentemente o internamento é a resposta terapêutica utilizada como primeira linha.

Segundo Kaess e colaboradores (2014), o diagnóstico desta patologia no adolescente apresenta-se como controverso devido a quatro fatores: 1) o diagnóstico por si não é válido no período da adolescência, embora a nova DSM-V (Associação Americana de Psiquiatria, 2014) e a *International Classification of Diseases 11th Revision* (OMS, 2019), tenham afirmado a legitimidade do diagnóstico na adolescência; 2) o diagnóstico apresenta características como instabilidade afetiva e perceção alterada da sua imagem corporal, fenómenos que são, por si só, inerentes ao processo de adolescência; 3) o desenvolvimento da personalidade ainda se encontra em curso, interferindo com o diagnóstico; 4) o diagnóstico por si categoriza o adolescente, estigmatizando-o e predispondo-o a atitudes pessimistas, sendo este último o fator de maior preocupação para os clínicos. No entanto, os autores destacam que, embora exista esta dificuldade associada ao diagnóstico, a nível do adolescente, quando identificados sinais e sintomas que predigam o mesmo, o tratamento direcionado poderá ser realizado, visando uma intervenção precoce e eficaz<sup>45</sup>.

O segundo objetivo específico descrito foi alcançado com sucesso pela especificidade que o próprio serviço apresenta, obrigando-me e incentivando-me a um estudo contínuo, refletindo sobre a sintomatologia dos diversos processos patológicos a nível da saúde mental, na população da criança e adolescente. Um fenómeno sobre o qual, paralelamente, procurei desenvolver o meu conhecimento científico foi o fenómeno de transferência e contratransferência.

Neste sentido, destaco um estudo de Prasko e colaboradores (2021), onde é referido que o processo de transferência e contratransferência pode ser entendido como um processo bidirecional, reativo às respostas emocionais, cognitivas e físicas da pessoa cuidada, entre a pessoa e o terapeuta. Na vertente da pessoa cuidada, estas são reações relacionadas com as expectativas conscientes ou inconscientes face ao terapeuta, que refletem experiências significativas da vida da pessoa cuidada e respetivos elementos significativos. Os fenómenos

---

<sup>45</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo IV- Unidade de competência D2.2., D2.3.

de transferência podem ser compreendidos na prática pela mudança repentina de expressão, postura, olhar desviante, transição para um tópico de conversa distinto, evitamento de assuntos importantes, “empatamento”, pausas no discurso, bater do pé, ausência de vontade de exprimir pensamentos automáticos, entre outros (Prasko et al., 2021). Os mesmos autores destacam que o processo de contratransferência não pode ser negado, nem desvalorizado, sendo de importante análise e reconhecimento, devendo o terapeuta procurar realizar *self-reflections*, identificando pensamento automáticos nomeadamente, colocação de rótulos, assumir uma leitura do comportamento esperado, predição de um futuro negativo, pensamentos associados ao tudo ou nada, e generalizações excessivas<sup>46</sup>.

Os mesmos autores afirmam que o próprio processo de transferência e contratransferência se apresenta como uma fonte diferencial no conhecimento do mundo interior do utente e do terapeuta, sendo o próprio processo, por si só, um dos principais aspetos de análise no processo de tratamento, permitindo a remoção de barreiras que podem comprometer a intervenção.

No que concerne ao terceiro objetivo definido, destaco que, no seguimento do projeto de estudo associado ao presente Relatório de Estágio, procurou-se compreender a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia de gestor de caso. Neste seguimento, analisa-se que esta linha metodológica se apresenta com impacto significativo e positivo para o utente e enfermeiro, pela possibilidade de estabelecimento de um plano terapêutico, agilização com a equipa multidisciplinar, procurando que não existam falhas ou lapsos no processo, estabelecimento de uma relação terapêutica que compreende o utente nas suas dimensões biopsicossociais e espirituais, reconhecendo possíveis fatores precipitantes e antecipando a agudização de um qualquer processo de doença.

No presente estágio, procurou-se também atuar conjuntamente com outros membros da equipa multidisciplinar, no atendimento diferenciado em situações novas e complexas<sup>47</sup>, tendo construído dois objetivos específicos, nomeadamente a promoção da integração na equipa multidisciplinar<sup>48</sup>, de forma dinâmica e ativa, e a observação e participação ativa nas sessões socioterapêuticas, realizadas junto do grupo terapêutico.

Realizando uma crítica à importância da equipa multidisciplinar, destaco o papel fundamental da articulação da enfermagem com o terapeuta ocupacional e serviço social. Não obstante ao

---

<sup>46</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo I – Unidade de competência A1.1.

<sup>47</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo I – Unidade de competência A1.2.

<sup>48</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F1.1.

reconhecimento do impacto destas áreas no desenvolvimento e processo terapêutico dos adolescentes, não esperava observar um papel tão notoriamente ativo e crítico, não apenas a nível da intervenção terapêutica e social, mas também da reflexão crítica e procura contínua de conhecimento, possibilitando um trabalho em equipa sólido, fundamentado e com resultados esperados realistas.

Saliento ainda que, de forma a maximizar os meus conhecimentos, procedi à inscrição e participação no XX Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, cujo tema foi “Prevenção do Suicídio – Criar Esperança Através da Ação” (Anexo 7) e realização de um *workshop* intitulado de “Avaliação e Gestão do Risco de Suicídio” (Anexo 8).

Realizando uma análise geral, considero importante referir que o presente estágio totalizava dois meses, tendo o primeiro mês sido o momento de conhecimento do grupo, observação dos seus elementos, a sua linguagem verbal e não-verbal, patologias e literatura publicada sobre as patologias observadas, identificação das necessidades específicas de cada grupo e estabelecimento de uma relação terapêutica com os vários elementos participantes. Este primeiro mês permitiu, ainda, o desenvolvimento de dois projetos, alusivos às necessidades que emergiam dos grupos. Num segundo momento, correspondente ao segundo mês, procedeu-se à implementação dos projetos, visando dar resposta às necessidades identificadas nos grupos intervindos, com recurso a dois mediadores expressivos diferentes.

A possibilidade de implementação dos dois projetos potenciou o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas enquanto futura EEESMP, destacando a elaboração de um processo contínuo de autoconsciencialização do eu na relação com o outro, após cada intervenção, observando e refletindo sobre os processos de transferência e contratransferência ocorridos, obstáculos identificados e estratégias de melhoria. Este processo permitiu a melhoria contínua na relação e no cuidado, salientando o papel do eu e do outro, no contexto de terapia de grupo.

Por fim, o presente estágio objetivava o desenvolvimento de 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, tendo-se avistado o alcance do mesmo.

Inicialmente, e após ter identificado o diagnóstico, segundo a taxonomia CIPE (CIE, 2019), de ansiedade e *coping* ineficaz, procurou-se compreender, dentro dos grupos, as competências que poderiam ser trabalhadas visando a diminuição ou resolução deste diagnóstico, tendo-se identificado o potencial associado ao desenvolvimento das competências emocionais dos adolescentes.

Assim, propus-me a realizar um projeto comum aos três grupos, nomeadamente um projeto de enfermagem com recurso ao mediador expressivo “dança e movimento”. No entanto, após conhecimento dos diversos grupos e análise das necessidades e características específicas de ambos, observei que, para um dos grupos, o mediador não daria resposta às necessidades identificadas, pelo que procedi à realização de dois projetos, com dois mediadores expressivos: a escrita criativa e a dança e movimento<sup>49</sup>.

A ordem de elaboração dos presentes projetos diferiu pela complexidade inerente ao mediador em si. A escrita criativa apresenta-se como um mediador sobre o qual eu já tinha conhecimento e inclusive realizado *workshops* prévios, pelo que o desenvolvimento de um projeto neste sentido se apresentou como um desafio pessoal de tangível alcance<sup>50</sup>.

### **3.2.1. Projeto “Escrevo, Escreverei?”**

O primeiro projeto desenvolvido foi “Escrevo, Escreverei?”<sup>51</sup>, aplicado aos grupos que intitulo de A, grupos de adolescentes que frequentavam o Hospital de Dia às segundas-feiras, no qual foi utilizado o mediador expressivo “escrita criativa”. Este grupo apresentava uma adolescente com um distúrbio alimentar, pelo que se procurou desenvolver atividades que exigissem o mínimo de gasto energético. Não obstante, este foi também um grupo que, ao longo das sessões observadas, verbalizou o gosto pela escrita, sendo esta uma estratégia que os diversos elementos referiram utilizar no seu quotidiano enquanto estratégia não farmacológica de alívio da sintomatologia ansiosa. Assim, e visando potenciar a expressão de emoções, aumentar a sensação de bem-estar individual e grupal, aumentar a autoestima e autoconfiança, foi desenvolvido o presente projeto, cuja apresentação e fundamentação teórica se encontra no Apêndice 10.

Visando uma avaliação geral do impacto a nível dos ganhos em saúde do projeto, destaco que o mesmo promoveu a expressão de emoções, identificação de situações conflituosas e estratégias de resolução, reflexões críticas sobre os temas abordados e impacto emocional, tal como promoveu a interação grupal, partilha de estratégias e análise de um determinado problema em vários pontos de vista.

---

<sup>49</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.3., F3.4.

<sup>50</sup> Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Anexo III – Unidade de competência C2.1.

<sup>51</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1., F3.2., F3.3., F4.1., F4.2.

A primeira intervenção, que visava a análise da emoção que caracterizava o eu, foi apreendida com estranheza, com a atribuição de uma conotação negativa ao mediador e uma resistência por parte do grupo à sua adesão. Objetivando alterar a percepção inicial do grupo, que neste dia fez três participantes, procurei explicar os ganhos do mediador e desconstruir a sua utilização, como uma forma de expressão que daria aso à reflexão e potencializaria uma interação e discussão grupal sobre as emoções. Após este momento, o grupo tornou-se mais permeável à intervenção, tendo realizado a atividade e refletindo, expondo ao grupo emoções como a “tristeza” (*sic*) e a sua expressão, tendo uma jovem criado um poema onde exprimia que “a minha dor parece um coração partido em bocadinhos tão pequeninos que não consigo apanhar, mesmo que quisesse” (*sic*) e um jovem verbalizado que “nada do que vivo tem significado, por isso para quê sair do sofá?” (*sic*). No final da intervenção, procedeu-se a um momento de partilha grupal onde se desenvolveu o tema da tristeza e das estratégias de *coping* utilizadas por cada um dos elementos.

Na sessão 2, que procurava a exploração da definição do eu, estiveram presentes quatro participantes que demonstraram alguma resistência face ao processo de escrita, pelo que optei por introduzir, ao processo de escrita, a possibilidade de encontrarem as palavras necessárias à atividade, em revistas, recortando-as e colando-as numa folha. A inclusão desta abordagem apresentou-se como diferencial, tendo-se observado uma menor resistência ao mediador e promovendo a expressão emocional dos elementos presentes. Reforço que existiu um elemento que continuou a preferir a escrita, tendo inclusive criado um poema face às palavras e ao “porquê” a este associado. Observou-se que, nesta segunda semana, os elementos estiveram mais disponíveis para a expressão emocional, assim como para a partilha com o grupo, tendo sido identificado por um elemento a importância deste mediador como uma estratégia de útil recurso.

Na sessão 3 procurava a projeção do eu no futuro, solicitando, aos dois participantes nesta presentes, a sua projeção imaginária e a escrita das estratégias que teriam de realizar para o alcance deste “eu” imaginado. A intervenção possibilitou a utilização de papel, lápis e revista, sendo que o grupo apenas optou pela utilização de lápis e papel. Deste momento, emergiram a criação de estratégias como “estudar” (*sic*), “entrar para os bombeiros” (*sic*) e “ganhar dinheiro” (*sic*), tendo existido um momento de discussão em grupo sobre as estratégias de possível realização para o alcance do eu imaginado. Destaca-se que os elementos presentes conseguiram projetar-se no futuro, assim como conseguiram identificar estratégias de alcance do mesmo, tendo um dos elementos realizado um poema, que advinha das várias ideias discutidas em grupo. Quando a intervenção terminou, o participante que toda a sessão procurava participar de forma ativa, referiu que esta estratégia tinha sido uma mais-valia

identificada, tendo definido enquanto objetivo pessoal a criação de um livro de poemas porque “ajuda-me muito, e eu nem sabia, consigo deitar tudo cá para fora e fico mais calma” (*sic*).

No final da intervenção, os participantes referiram que este era um mediador “fácil de utilizar” (*sic*) e que se sentiam “mais leves” (*sic*) depois do recurso ao mesmo. Analiso que a utilização deste mediador permitiu a expressão emocional e o desenvolvimento das competências emocionais dos mesmos.

### **3.2.2. Projeto “O Ar Que Movo”**

O segundo projeto, intitulado de “O Ar Que Movo”<sup>52</sup>, apresentado no Apêndice 11, foi um projeto desenvolvido com recurso ao mediador expressivo “dança e movimento”, metodologia dos cinco ritmos de Gabriell Roth, que visa o reconhecimento do corpo como o elemento diferencial no processo de expressão emocional, realizando a conexão com o eu e com o outro (Hartley, 2004).

A utilização deste mediador foi um desafio que coloquei a mim mesma pelo lato desconhecimento do mesmo, pelo que, visando realizar intervenções com o conhecimento teórico-prático consolidado, procedi ao acompanhamento, observação e participação enquanto coterapeuta, nas intervenções de dança e movimento, realizadas em contexto de internamento de Pedopsiquiatria - Unidade de Psiquiatria da Criança e Adolescente. Não obstante, realizei, também, o *workshop* de “Dança e Movimento”, no I Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Mental, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo 9).

Após aprendidos os conteúdos base da metodologia inerente à dança e movimento enquanto mediadores expressivos da intervenção de enfermagem, iniciou-se o segundo desafio, que foi adequar o modelo de forma a dar resposta às características dos grupos intervencionados.

No entanto, após encontrado o equilíbrio, reconhecendo as minhas próprias limitações, adequando as minhas capacidades ao objetivo que havia delineado e monitorizando-me no contexto de intervenção com o grupo<sup>53</sup>, dei por mim a desenvolver e implementar um projeto com um impacto surpreendente no grupo, com ganhos para os diversos participantes de forma transversal, mesmo para os elementos que, pelo quadro patológico inerente, poderiam

---

<sup>52</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F3.1., F3.2., F3.3., F4.1., F4.2.

<sup>53</sup> Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Anexo 1 – Unidade de competência F1.1.

apresentar alguma rigidez face à participação, quer pelo volume, intensidade das canções ou contacto físico.

Face à primeira sessão, sobre o tema “emoções”, destacou-se uma estranheza geral dos diversos participantes, de ambos os grupos, face ao mediador, sendo esta uma expressão que era utilizada com regularidade para descrever o primeiro contacto, no entanto, “divertida” (*sic*), “feliz” (*sic*), “nostálgica” (*sic*), “diferente” (*sic*) e “gira” (*sic*), eram as principais palavras verbalizadas nesta primeira intervenção. Esta sessão permitiu ao grupo um primeiro contacto com um mediador novo, reconhecendo o corpo, os limites do eu, enquanto tomavam consciência das emoções, do seu impacto e da sua expressão. Destaca-se que o primeiro grupo intervindo apresentou-se como diferencial no processo de melhoria, destacando-se os seguintes pontos que foram identificados enquanto crítica construtiva: mais espaço ao silêncio, mais espaço à criação do imaginário, menos condução verbal e mais espaço final para reflexão grupal.

No que concerne à segunda sessão, com o tema “regulação emocional”, ambos os grupos demonstraram ainda uma estranheza face à utilização do mediador, sendo que, num dos grupos, um elemento não conseguiu terminar a intervenção, e um segundo, não tendo iniciado a intervenção com o grupo, participou na fase de relaxamento. A intervenção obteve como ganhos a efetiva expressão emocional, sendo que os participantes identificaram que a mesma os fez sentir como as suas emoções “estranheza, como se de a alegria e a tristeza estivessem mesmo juntas, é confuso” (*sic*) e “senti tristeza, fez-me lembrar que era feliz antes de estar neste barco, eu era feliz, agora sinto-me triste e com medo, medo constante” (*sic*). A expressão realizada potenciou um diálogo no grupo sobre as emoções e as estratégias adaptativas e não adaptativas que cada um utilizaria ou já havia pensado. As melhorias pensadas foram implementadas e validou-se uma intervenção mais eficaz, com uma reflexão final mais enriquecedora no grupo pela estruturação mais elaborada das ilhas e interiorização do processo percebido através do movimento.

No que concerne à terceira sessão, que corresponde à sessão 4 do projeto, permiti-me cruzar o mediador com o mediador da arte, visando juntar dois mediadores, a fim de potenciar a expressão emocional e a participação ativa de todos os elementos, sendo esta última sessão, intitulada de “autonomia”. A mesma foi criada com base nas músicas que o próprio grupo havia criado, adequadas aos cinco ritmos, visando o movimento do corpo como expressão emocional artística, associando a fluidez das tintas à fluidez emocional. Pelo seu carácter material, objetivo e palpável, a arte criada serviria ainda como recordação do mediador, do seu impacto e da possibilidade da sua utilização. Na primeira intervenção, referente a esta terceira sessão, observou-se, por parte de alguns elementos do grupo, uma maior alegria face

à junção destes dois mediadores, sendo que um dos elementos referiu que expressão artística tem um impacto significativo enquanto estratégia de expressão emocional. A sessão fluiu, assim, ao som das músicas escolhidas pelo grupo, tendo sido inicialmente dadas instruções básicas alusivas à necessidade de silêncio e utilização livre do material ou corpo aquando do movimento associado à pintura.

Face à obra criada, observou-se o emergir de sentimentos como a frustração, raiva e medo, associados a memórias que foram invocadas pelo próprio, associadas às músicas ouvidas; existiu ainda uma transição rítmica do abstrato para o concreto, sendo o momento do *chaos* e de *stillness* os que apresentaram maior exposição artística, através da transição do abstrato para o concreto e do rígido para o fluído. No final, um dos elementos referiu que “senti-me muito exposta, não gostei” (*sic*) e dois outros elementos referiram ter gostado da intervenção, um na medida em que esta estava a ser uma intervenção diferente do que estava habituado e outra por este ser o mediador de eleição aquando da sua expressão emocional. No final da sessão, identificaram-se algumas estratégias de melhoria, designadamente: caminhada em círculo à volta do plano que se irá trabalhar, remetendo para o aqui e agora; não realização de um plano contínuo de pintura, recortando cinco quadrados e o grupo pintando à volta; ressignificação dos cinco momentos, introduzindo as fases da vida e cruzando-as com as fases dos cinco ritmos; atribuição de materiais e tintas, conforme as cinco fases, disponibilizando ou não de materiais diversos, consoante o momento vivenciado. Após a aplicação das estratégias de melhoria identificadas, prevê-se uma centralização no aqui e agora e o aumento da expressão emocional.

Destaca-se que a sessão 4, relativa à autonomia, foi antecipada por a última semana de estágio ter um feriado que não havia sido percecionado no plano inicial. Assim, e de forma a dar o término que ambos os grupos se haviam demonstrado empenhados e interessados em desenvolver, suprimiu-se a realização da terceira sessão da ansiedade. No entanto, ressalvo que a supressão de uma intervenção poderá comprometer os resultados do presente projeto, pelo que este é um fenómeno de viés que deverá ser tido em consideração.

Para a avaliação do presente projeto, procedeu-se à realização de um relatório diário, individual (Apêndice 12), assim como à realização de uma Grelha de Avaliação dos Resultados de Enfermagem, com recurso aos indicadores de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), disponível no Apêndice 13.

Procede-se agora a uma análise grupal, pormenorizada no Apêndice 14, da evolução dos dois grupos após a aplicação do projeto, destacando-se que foi realizada uma avaliação pré-intervenção.

No grupo 2, observa-se que as intervenções de enfermagem tiveram um impacto positivo em diversas áreas comportamentais e emocionais dos participantes, com destaque ao indicador da manutenção do contacto visual, redução da ansiedade verbalizada e capacidade de completar tarefas. No entanto, áreas como a irritabilidade e a dificuldade de concentração permaneceram sem melhorias, pelo que se observa a necessidade de desenvolvimento de projetos futuros que contenham/inibam ou giram o desenvolvimento destas áreas. No que concerne ao grupo 1, as intervenções de enfermagem tiveram um impacto positivo em várias áreas comportamentais e emocionais dos participantes, especialmente na manutenção do contacto visual, na redução da ansiedade verbalizada e na capacidade de completar tarefas. No entanto, áreas como a agitação, a irritabilidade e a dificuldade de concentração mostraram aumentos, sugerindo que essas áreas ainda necessitam de atenção contínua. Estes resultados sublinham a importância de uma abordagem contínua e adaptativa nas intervenções de enfermagem para abordar eficazmente as necessidades individuais dos pacientes.

Realizando uma síntese final, reflete-se que o projeto permitiu o aumento da autoestima dos participantes, aumento do autocontrolo de agressividade, aumento da motivação, aumento da comunicação e expressão emocional e diminuição do nível de ansiedade e do nível de medo, tornando-se, por si só, uma mais-valia, sendo este um mediador expressivo que teve um impacto positivo nos grupos intervencionados. Destaca-se ainda que, no início, este mediador teve alguma resistência, sendo verbalizado pelos participantes “eu não vou dançar, nem pensar, que vergonha” (*sic*), ideia que evoluiu para “afinal isto até faz sentido, percebo porque é que fizemos tudo isto” (*sic*).



#### **4. REFLEXÃO CRÍTICA DA APRENDIZAGEM E DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Após apresentado o percurso formativo, urge enaltecer o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) e específicas do EEESMP (OE, 2018a), realizando uma reflexão crítica da aprendizagem e do desenvolvimento dos mesmos ao longo dos três momentos.

Complementares aos mesmos, faço destaque ao Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017), publicado através do Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão 2020 (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017), Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018b), *Mental Health Action Plan 2013-2020* (OMS, 2013) e “A Reforma da Saúde Mental em Portugal – Três Anos de Transformação” (Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, 2024).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EEESMP (OE, 2015) destaca-se pelas orientações para a definição de programas de melhoria contínua, tendo sido um documento fundamental no processo de reflexão crítica dos referidos estágios, assim como se avistou o desenvolvimento de competências e maximização de conhecimentos ao nível das oito categorias evidenciadas, designadamente a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, adaptação, organização dos cuidados de enfermagem, relação psicoterapêutica, redução do estigma e a promoção da inclusão social.

Fazendo sinergicamente destaque à primeira competência específica publicada no Artigo 4.º, do Regulamento nº515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018a), creio que é crucial destacar o crescimento profissional e académico que vivenciei, marcado pela reflexão crítica constante, suscitação de dúvidas, pensamentos e inquietações. A tomada de consciência do eu na vivência com o outro, a expectativa de trazer algo diferencial, de ter impacto no outro, de mudar algo, foi um pensamento que esteve presente desde o início dos estágios. No entanto, foi um pensamento com o qual me confrontei por diversos momentos, pela dificuldade que antecipava em trazer algo com resultados notáveis, num serviço marcado pelos ganhos diferenciais nos adolescentes cuidados. Presenciei momentos de frustração e de inquietação, face a este fenómeno. Não obstante, creio que foi com o início da implementação dos projetos que comecei a, também eu, compreender o meu potencial, assim como os meus limites, a

acreditar que nas minhas intervenções e respetiva fundamentação, observando um impacto na clínica, que serviu de mote quase que a uma validação que senti que precisei para conseguir dar resposta àquela que era, também, a minha própria expectativa pessoal.

Os três estágios foram marcados pelo desenvolvimento de projetos que tinham um objetivo em comum, designadamente o desenvolvimento das competências emocionais dos participantes, tendo este sido um tema que me propus a estudar e desenvolver conhecimentos teóricos, de forma a realizar a translação dos mesmos para a prática. Destaco que este objetivo adveio da avaliação geral dos utentes e identificação de quatro diagnósticos prevalentes, nomeadamente, e segundo a linguagem CIPE (CIE, 2019): “tristeza”, “ansiedade”, “comunicação comprometida” e “coping ineficaz”, tendo esta análise sido congruente com a competência específica, publicada no Artigo 4.º, do Regulamento 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, sendo congruente com a unidade de competência “F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidades, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e “F2.3. Coordenada, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (OE, 2018a, p. 21428)

A inteligência artificial e as tecnologias de informação comunicacional têm apresentado um aumento exponencial ao longo dos anos, a nível do setor da saúde, comprometendo aquilo que é a realidade dos cuidados e obrigando a uma mudança do paradigma de intervenção dos profissionais da área, especialmente no que concerne ao reconhecimento das emoções (Atlam et al., 2022). Segundo estes autores, as emoções apresentam um papel diferencial pelo potencial associado à interação humana, tendo sido possível observar, em contexto clínico, o aumento de determinados diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE (CIE, 2019): “isolamento social”, “expressão emocional comprometida”, “estratégias de *coping* ineficazes”, “tristeza”, “ansiedade” e “depressão”, pelo que a estrutura de projetos e intervenções sobre as competências socioemocionais urge como diferencial, fundamentando a relevância da temática.

As competências socioemocionais e emocionais apresentam-se, muitas vezes, interligadas, devido à sua multidimensionalidade, assumindo-se como um só em diversos contextos da prática clínica. No entanto, a literatura publicada discrimina a possibilidade de desenvolvimento de intervenções direcionadas ao desenvolvimento das competências socioemocionais, mas também intervenções direcionadas ao desenvolvimento exclusivo das competências sociais, através de intervenções direcionadas ao aumento de comportamentos

pró-sociais, promoção de relações interpessoais saudáveis, promoção do bem-estar grupal, entre outros, e emocionais, que remete a intervenções que potenciem a capacidade da pessoa identificar, verbalizar e regular as suas emoções (Costa & Faria, 2013; Zsolnai, 2015; Surendra et al., 2023).

No que diz respeito à documentação publicada em contexto de saúde mental e psiquiátrica, faço destaque ao manual Saúde Mental em Saúde Escolar (DGS, 2019), um manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar, que se apresenta enquanto recurso pedagógico facilitador da implementação de projeto locais em contexto escolar.

Assim, os projetos desenvolvidos visaram o desenvolvimento das Competências Emocionais (CE), conceito que tem ganho especial destaque na área da enfermagem, através do seu papel enquanto fator diferenciador da prática profissional. As CE caracterizam-se pela capacidade de a pessoa identificar, verbalizar e regular as suas emoções de forma apropriada (Costa & Faria, 2013; Zsolnai, 2015). Também Goleman (2006), assim como Saarni (2002), se referem às CE como uma capacidade que tem subjacente o conceito de Inteligência Emocional (IE), mas que não se limita a esta, transpondo-se para a demonstração de autoeficácia em transações sociais que produzem emoções. Já Veiga-Branco (2004), refere que as CE existem quando se atinge um determinado nível de realização, sendo que só poderá, segundo a visão do autor, ser apreciada nos comportamentos ou atitudes.

A nível da primeira competência acrescida publicada no Regulamento nº 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, observa-se que os três estágios, assim como os projetos desenvolvidos, deram resposta aos seguintes critérios de avaliação, F.1.1.1. “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar”; F1.1.2. “Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (tendo inclusive participado numa formação de serviço intitulada “Transferência e contratransferência”, adequada ao contexto de saúde mental e psiquiátrica da criança e da adolescência); F1.1.3. “Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico”; e F1.1.4. “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutica, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2018a, p. 21428).

A segunda competência específica publicada no mesmo regulamento, designada de “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, foi igualmente desenvolvida ao longo dos três estágios, encontrando-se descritos no presente relatório os vários momentos em que as unidades de competência associadas foram alcançadas, reforçando aqui que todas foram alcançadas com sucesso (OE, 2018a, p.21428)

Destaca-se que os dois projetos desenvolvidos no estágio de Respostas Diferenciadas foram fundamentais para o desenvolvimento da competência específica “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto”, destacando-se o ponto 3, do referido regulamento, que considera a ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de contexto, dos quais destaco as Unidades de Competência F3.3. “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”, destacando-se para este estudo os seguintes critérios de avaliação publicados: F3.3.1. “Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal”; F3.3.4. “Concebe, coordena e implementa, projetos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens”; e F3.3.5. “Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e maltrato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto” (OE, 2018a, p. 21427)

Face à relevância observada no que diz respeito às metodologias de gestão, em especial a metodologia do gestor de caso, e sendo um pensamento crítico que foi desenvolvido ao longo dos três estágios, com especial destaque ao estágio em contexto de Respostas Diferenciadas, procedeu-se à elaboração de uma componente investigativa, apresentada na segunda parte do presente Relatório Final de Estágio, sobre a metodologia do GC, no contexto comunitário, da saúde mental da criança e da adolescência, fazendo alusão à necessidade de desenvolvimento da unidade de competência F3.5. “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, 2018a, p. 21429).

Após esta análise, urge referir que os projetos pensados, desenvolvidos, implementados e avaliados, potenciaram o desenvolvimento da competência específica, publicada no Regulamento nº 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, “Presta cuidados psicoterapêuticos, socio 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”, na medida em que foi coordenado, desenvolvido e implementado um programa de psicoeducação e treino em saúde mental, observado através do critério de avaliação F4.1.3. “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e as doenças mentais”; F4.1.5. “Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas (como o recurso aos mediadores expressivos para a expressão emocional e regulação emocional)”; F4.2.1. “Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições”; F4.2.2. “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “*insight*” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema”; e F4.3.4. “Envolve outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade”, isto na medida em que o projeto desenvolvido no contexto hospitalar foi articulado com a Terapeuta Ocupacional do referido serviço que, na semana da intervenção desenvolvia, junto dos utentes que participaram no projeto, intervenções de reabilitação associadas ao tema da intervenção que havia decorrido na referida semana (OE, 2018a, p. 21427)

Sinergicamente, reflito que o processo de avaliação inerente aos estudos de caso realizados exigiu a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, bem como de uma avaliação abrangente da pessoa e dos seus sistemas relevantes, critérios exigidos ao EEESMP, segundo o regulamento anteriormente referido, refletindo que a realização dos mesmos proporcionou todos os momentos necessários para o efeito.

No que concerne ao desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, regulamentadas através do Regulamento nº 140/2019, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, destaca-se que os quatro domínios das competências comuns foram desenvolvidos, nomeadamente: 1) o domínio da responsabilidade profissional

ética e legal, na medida em que foi desenvolvida uma prática profissional ética e legal, em consonância com as normas legais e os princípios éticos e deontológicos, assim como foram garantidas práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; 2) o domínio da melhoria contínua da qualidade, tendo garantido um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, em especial através do início da criação de um Padrão Documental de Serviço e colaborando na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos de qualidade, essenciais aquando do processo de creditação que a unidade se encontrava a desenvolver; 3) o domínio da gestão de cuidados, em especial através da disponibilização de assessoria aos enfermeiros e à equipa, colaboração nas decisões da equipa de saúde, utilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade, reconhecendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentado um ambiente positivos e favorável à prática e aplicando a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; 4) e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação fatores que interferem na relação com a pessoa e ou equipa, gerindo as minhas idiosincrasias, otimizando a congruência entre a auto e heteroperceção, gerindo sentimentos e emoções, atuando eficazmente sob pressão, reconhecendo e antecipando situações de conflitos, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos, interpretando, organizando e divulgando os resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem e discutindo as implicações da investigação (OE, 2015).

Considerando que o Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, discrimina quatro domínios (Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; a Gestão de Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais” (OE, 2015, p. 4745), reflete-se que:

No que respeita ao domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, observa-se que as seguintes unidades de competência foram alcançadas com sucesso: Unidade de Competência A1.1. “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios valores e normas deontológicas”, na medida em que se cumpriram os critérios de avaliação, com destaque, aos critérios de avaliação A.1.1.2. “Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência” (procurou-se sempre a evidência científica mais atual), A1.1.3. “Participa na construção da tomada de decisão em equipa” (através da participação nas reuniões multidisciplinares); Unidade de Competência A1.2. “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”, tendo-se alcançado com destaque o critério de avaliação A1.2.3. “Suscita a reflexão sobre os processos de

tomada de decisão” (através da reflexão contínua com os enfermeiros tutores e docentes sobre as intervenções observadas versus intervenções pensadas por mim enquanto docente face à mesma situação) e A1.2.4. “Reconhece a sua competência na área da sua especialidade” (através da realização de uma reflexão crítica sobre a importância das consultas de atendimento juvenil serem feitas por um EEESMP, ver Apêndice 8); e a Unidade de Competência A1.3. “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”, na medida em que se alcançou com destaque o Critério de Avaliação “Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão”, na medida em que, integrada na equipa enquanto estudante, foi incentivado os enfermeiros, dos três serviços onde estagiei, a procederem à análise e divulgação dos resultados de enfermagem advindos dos processos de tomada de decisão e respetivas intervenções, identificando questionários ou outras ferramentas de avaliação clinimétrica ou psicométricas para o efeito e demonstrando a utilização de sistemas de suporte como o NVivo ou o SPSS (OE, 2015, p. 4745).

No que concerne à Melhoria Contínua da Qualidade, descrita no regulamento anteriormente referido, observo que foram desenvolvidas as seguintes competências: B1. “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica”, tendo procurado atualizar o meu conhecimento sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, fazendo destaque à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, caracterizada enquanto estratégia “global e integrada, disseminada por todo o sistema de saúde, com respeito pelos valores de responsabilidade e transparência”, ação 18, prioridade “Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação”, incentivando a equipa multidisciplinar a promover a educação e literacia em saúde dos utentes e familiares ou pessoas significativas, visando, conforme publicado no referido documento, uma população mais saudável e utentes participativos na tomada de decisão (Ministério da Saúde, 2015, p. 13550); B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, tendo sido analisada a literatura sobre as normas e evidência referentes à avaliação da qualidade, identificadas oportunidades de melhoria, nomeadamente a retificação do guia de acolhimento, e incrementada a normalização da atualização de soluções eficazes e eficientes, tendo recorrido aos momentos de passagem de turno para, em conjunto com a enfermeira tutora, partilhar as *guidelines* mais recentes existentes que visam a melhoria da qualidade dos cuidados; e B3 “Garante um ambiente terapêutico seguro”, na medida em que, nos vários contextos, se procurou conhecer as diretivas do serviço ao nível da qualidade e estratégias de melhoria contínua, promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. Destaca-se que a primeira competência descrita foi desenvolvida especialmente ao nível do

Contexto Hospitalar, uma vez que o serviço em questão se encontrava em processo de creditação, existindo margem para a reflexão e análise dos fenómenos a serem alterados e melhorados, tendo-se procedido à retificação do guia de acolhimento e dado início à cocriação com a equipa de um padrão documental de serviço (OE, 2015, p. 4747).

Ao nível do Domínio da gestão dos cuidados, publicado no regulamento anteriormente referido analisa-se que foram desenvolvidas as competências C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde” e C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, com destaque no contexto de estágio na comunidade, na medida em que se colaborou nas decisões da equipa de saúde (alusão ao critério de avaliação C1.1.1., C1.1.2. e C1.1.3., da unidade de competência C1.1. “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”), e, visando a implementação do projeto “Vamos Separar as Cores?”, pela UCC, procedeu-se à orientação da decisão relativa às tarefas de delegar (alusão ao critério de avaliação C1.2.1., da Unidade de Competência C1.2. “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”), utilizando-se uma variedade de técnicas diretas ou indiretas, tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar (alusão ao critério de avaliação C1.2.3., da Unidade de Competência C1.2. “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”). Reconheceram-se os distintos e interdependentes papéis de todos os membros da equipa e procurou-se usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada, procurando adaptar o meu discurso aos diversos elementos da equipa no que concerne à geração que se me apresentava, desde a Geração X, aos *Millennials* à geração Z (alusão ao critério de avaliação C2.1.1., C2.1.3., C2.1.5., C2.2.1., C2.2.2. e C.2.2.4., da Unidade de Competência C “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p. 4748).

Por fim, no que concerne ao Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, observou-se o desenvolvimento da competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e assertividade” e D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, na medida em que se procedeu à otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que pudessem interferir na relação entre o enfermeiro e a pessoa, ou equipa multidisciplinar, procurando, em simultâneo, gerir as idiosincrasias na construção dos processos de ajuda, sendo que reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais, tal como tive consciência da influência pessoal na relação profissional, dando resposta ao critério de avaliação D1.1.1., D1.1.2., D1.1.3., D1.1.4., da unidade de competência D1.1. “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”. Analisa-se, ainda, que foram

geradas respostas de adaptabilidade individual e organizacional, tendo-se otimizado a congruência entre a auto e heteropercepção, gerindo sentimentos e emoções e reconhecendo e antecipando situações de eventual conflitualidade, dando assim resposta ao critério de avaliação D1.2.1., D1.2.2., D1.2.4., da unidade de competência D1.2. “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”. A nível da unidade de competência D2.1 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”, destaca-se que, no contexto de estágio na comunidade, se procedeu à formação das equipas do projeto devolvido e implementado, para continuidade a nível da respetiva unidade local de saúde, tendo sido realizada uma avaliação do impacto da mesma, através da validação do sucesso da implementação após o estágio, dando resposta ao critério de avaliação D2.1.1., D1.2., D.2.1.3., D2.1.4. e D2.1.5. (OE, 2015, p. 4749).

Reforça-se a responsabilização enquanto facilitador de aprendizagem, tendo favorecido a minha própria aprendizagem, destreza nas intervenções, desenvolvendo habilidades e competências como enfermeira nos diferentes contextos, identificando lacunas e oportunidades relevantes de investigação, contribuindo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Nos diversos estágios, procurei apreender e divulgar conhecimento útil, desenvolvendo *abstracts* para submissão em congressos, nomeadamente do estudo de caso referente ao *cultural bounded syndrome* e ao projeto desenvolvido no contexto comunitário, discutindo, por fim, as implicações das investigações e contribuindo para o conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada, dando resposta aos critérios de avaliação D2.2.1., D2.2.2., D2.2.3., D2.2.4., D2.2.5. e D2.2.6., da unidade de competência D2.2. “Suposta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2015, p. 4749).

Enaltece-se, ainda, a rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas, com conhecimento que vise a prática de cuidados seguros e competentes, com recurso a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, dando resposta a todos os critérios de avaliação da unidade de competência D2.3. “Promove a formulação e implementação de padrão e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2015, p. 4750).



PARTE II. A METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO: ANÁLISE QUALITATIVA COM RECURSO AO GRUPO FOCAL



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prática baseada na evidência, com recurso ao modelo do gestor de caso, tem tido especial destaque enquanto modelos de gestão de cuidados, a nível da saúde mental. Compreendendo o GC como o elemento de referência da equipa multidisciplinar que dá resposta às necessidades identificadas com a pessoa que vive uma experiência de doença mental, visando o alcance do melhor plano de cuidados, redução da suscetibilidade de recaídas, alcance de estratégias de *coping* mais eficazes face aos sintomas e gestão do processo de saúde-doença (Mateus et al., 2017; Rosenfeld et al., 2022).

Segundo o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) as equipas comunitárias de saúde mental são o principal foco na política de saúde mental, encontrando-se subjacente ao funcionamento das mesmas, aquando do seguimento de pessoas com doenças mentais graves, o modelo de gestão de casos. No entanto, não existe atualmente, em Portugal, nenhum estudo que analise a perceção do impacto da metodologia de GC no contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e adolescência.

A metodologia de GC apresenta-se descrita aquando da terceira competência específica do EEESMP, descrita no Regulamento n.º 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, reconhecendo-a como metodologia aquando da “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”, Unidade de Competência F3.5. “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, 2018a, p. 21427).

Segundo o regulamento supracitado, e analisando os descritos critérios de avaliação da Unidade de Competência F.3.5., previamente descrita, o EEESMP emerge como diferencial aquando da aplicação desta metodologia de gestão de cuidados, na medida em que o mesmo é dotado de competências que o permitem desempenhar funções de terapeuta de referência, podendo coordenar programas de gestão de casos, no âmbito de programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias; elaborar e supervisionar programas ou planos individualizados de tratamento e reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongadas e as suas famílias; colabora com Autoridade de Saúde nas situações

previstas na Lei de Saúde Mental relativas ao internamento compulsivo; procede à coordenação da transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer a continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde; e audita a toma de medicamentos no internamento, domicílio ou Centro de Saúde, sempre que necessário, em especial nas situações de doença mental grave.

Segundo a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2022), as equipas comunitárias de saúde mental funcionam em articulação com os cuidados de saúde primários, de acordo com dois modelos de gestão de cuidados: o Modelo de Gestão de Casos, no seguimento de pessoas portadoras de doenças mentais graves; e o Modelo de Cuidados Colaborativos, no seguimento de pessoas portadoras de doença mental comum. Segundo o regulamento mencionado, o EEESMP apresenta-se como o profissional dentro da equipa multidisciplinar que possui as competências necessárias ao exercício da função de GC. No entanto, esta não é, segundo a análise da literatura publicada e observação do contexto clínico, uma prática comum ou reconhecida.

Neste sentido, visando o desenvolvimento de um estudo qualitativo com a finalidade de compreender a metodologia de GC sob a visão do EEESMP, nomeadamente em contexto comunitário da criança e adolescente, e considerando evidente a escassez de estudos que explorem a perceção do enfermeiro de referência sobre a metodologia de GC aplicada a este contexto, urge a necessidade do presente estudo.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O conhecimento é, segundo Fortin (2009), um percurso que apresenta um conjunto de aquisições contínuas e onde os factos são analisados ou compreendidos com recurso à adequação de um método científico.

No presente capítulo serão identificados os objetivos do estudo, a questão de investigação, o tipo de estudo e as respetivas características do mesmo.

### 2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Formularam-se o seguinte objetivo para o presente estudo: conhecer a perceção do EEESMP sobre a metodologia de GC no contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e adolescência e identificar as barreiras e facilitadores da implementação da metodologia de GC ao nível das equipas comunitárias em saúde mental.

Como questão de investigação, foi estabelecida a seguinte: “Qual a perceção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sobre a metodologia do gestor de caso, em contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e adolescência?”.

### 2.2. TIPO DE ESTUDO

Recorreu-se a um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com recurso a *focus group*. A análise descritiva e exploratória tem a vantagem de documentar, da perspectiva dos participantes, um determinado fenómeno de interesse, pelo que esta foi a análise utilizada (Hunter, McCallun & Howes, 2019).

Os *focus group* são uma metodologia que visa a colheita de informação aquando da interação do grupo sobre um determinado fenómeno, sendo o investigador um elemento ativo que direciona o grupo sobre o processo de discussão. Esta é uma metodologia cuja colheita de dados advém da discussão de um grupo sobre um determinado tema, permitindo ao investigador ter um papel ativo na criação de um grupo de discussão que tanja o objetivo da colheita. Ao nível da enfermagem, esta metodologia tem emergido como de especial destaque, devido à possibilidade de exploração dos elementos significativos para o sujeito (Henriques, Santos & Frade, 2021; Morgan, 1997).

Silva, Veloso e Keating (2014) destacam os *focus group* como uma metodologia que permite a focalização num determinado assunto, sendo um redirecionar crucial para a contribuição dos participantes sobre a compreensão de um determinado tópico de interesse. Segundo os mesmos autores, esta apresenta-se como diferencial, não pela possibilidade de ouvir o que os participantes têm a dizer sobre um determinado tema, mas pela possibilidade de providenciar *insights* nos participantes, permitindo o chamado “efeito de grupo”, exigindo aos participantes a explicação do seu ponto de vista sobre um determinado tema ou questão.

Morgan (1997) ressalva, no entanto, que os *focus group* podem apresentar como fraqueza a existência de um entrevistador que, ao atuar como moderador, pode direcionar ou redirecionar o pensamento do grupo e influenciar os resultados, pelo que este será um ponto em consideração no presente estudo.

Passa-se agora à descrição do processo de implementação do *focus group*, segundo as cinco fases identificadas por Silva e colaboradores (2014): planeamento, preparação, moderação, análise de dados e divulgação dos resultados.

### **2.2.1. Planeamento**

O planeamento começa pela identificação do objetivo do projeto de investigação, existindo algumas questões base, nomeadamente “Quais os objetivos orientadores da realização do projeto de investigação em geral e do *focus group* em particular?”, “Qual a estrutura do guião de entrevista?”, “Quem deverão ser os participantes?”, “Qual o tamanho desejado para os grupos?” e “Quantos grupos?” (Silva et al., 2014, p. 180).

Assim, enquanto resposta, destaco que o objetivo orientador da realização do projeto em geral se apresenta no capítulo anterior descrito, sendo os objetivos específicos do *focus group*: potenciar uma discussão sobre o tema “metodologia do gestor de caso”; compreender a visão do EEESMP sobre a metodologia do GC; identificar as forças e fraquezas da aplicação da metodologia do GC pelo EEESMP; identificar as barreiras à implementação desta metodologia na perspetiva do EEESMP; e identificar os potenciais da utilização da metodologia do GC pelo EEESMP, no contexto comunitário de saúde mental e psiquiátrica da criança e adolescente.

O guião de entrevista é composto por 6 questões diretas e 12 perguntas de exploração. O guião foi analisado por um painel de *Delphi*, visando o alcance da observação e análise crítica das questões por um conjunto externo de especialistas, objetivando uma análise aprofundada de uma dada realidade e ampla compreensão do fenómeno (Marques & Freitas, 2018). Assim,

este foi enviado a dois enfermeiros, um enfermeiro professor e investigador, perito na área de investigação, e um segundo, EEESMP, a exercer funções na área da saúde mental e psiquiatria da criança e adolescência. Após este momento, procedeu-se à análise das respostas pelos investigadores, tendo-se validado a clareza das questões. No entanto, existiu a necessidade de alterar duas questões, a fim de alcançar os objetivos específicos das mesmas.

De seguida, e tendo em conta a concordância dos peritos face às questões, no que concerne à sua adequabilidade para a abordagem do fenómeno em estudo, compreensão e inteligibilidade, procedeu-se a uma entrevista de pré-teste, que procurou verificar a compreensibilidade e adequação do guião, a um enfermeiro com características semelhantes aos da amostra, mas que não cumpria os critérios de inclusão, tendo-se confirmado a clareza das questões.

No que concerne aos participantes, destaca-se o recurso a amostra não probabilística intencional, nomeadamente EEESMP a exercer funções em equipas comunitárias de Saúde Mental e Psiquiátrica ou em contexto de Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi realizado um contacto prévio pelos investigadores com os potenciais participantes, sendo que a realização da entrevista decorreu por via telemática. Foram asseguradas as condições para a confidencialidade e segurança dos participantes.

O tamanho desejado para os grupos foi de oito elementos. No que concerne ao número de participantes, Silva e colaboradores (2014) destacam que existem autores que referem entre quatro a doze, cinco a dez ou seis a dez participantes, pelo que se procedeu à realização de um *focus group* com oito participantes. Morgan (1998) destaca ainda que a existência de grupos mais pequenos permite uma maior oportunidade de resposta, pelo que, face ao objetivo do presente estudo, considera-se fundamentada a escolha de elementos previamente apresentada.

Segundo Morgan (1998), é possível a realização de um estudo qualitativo com base em apenas um *focus group*, existindo circunstâncias em que tal é necessário e até essencial. No entanto, o autor destaca que, neste caso, os dados deverão ser interpretados de forma minuciosa e dever-se-á recorrer à triangulação, ou seja, os dados obtidos deverão ser comparados com informações obtidas de outras fontes, visando a saturação dos mesmos.

De destacar que se recorreu à estratégia de “funil”, definida por Morgan (1997), sendo que, à medida que a discussão vai avançando, as questões tornaram-se cada vez mais específicas.

Reforço que a entrevista foi gravada, transcrita e destruída à *posteriori*. Não se procedeu à captação de qualquer imagem ou à gravação de qualquer vídeo. Apenas os dados de áudio

foram gravados e transcritos, sendo a transcrição codificada e os áudios imediatamente eliminados. Para a transcrição das entrevistas, foram seguidas as seis etapas estabelecidas por Azevedo e colaboradores (2017), designadamente: preparar, conhecer, escrever, editar, rever e finalizar.

No que concerne à primeira etapa, preparar, foi realizada uma análise transversal da entrevista e respetivos participantes, assim como realizada a atribuição de um código a cada participante, tendo sido realizadas duas cópias de segurança das entrevistas, que se encontravam transcritas em formato *word*, de acesso exclusivo ao entrevistador principal, encontrando-se na folha de transcrição o local e data da entrevista, a identificação dos entrevistadores e entrevistados, o esquema de transcrição, neste caso linear, e o tipo de transcrição, nomeadamente uma abordagem naturalista, que é caracterizada pela transcrição de todos os detalhes abordados aquando da entrevista, na perspetiva dos participantes, tendo em conta as várias características da comunicação não-verbal e verbal dos mesmos (Oliver, Serovich & Mason, 2005).

A segunda etapa, conhecer, referiu-se à organização das notas e pormenores que foram colhidos na entrevista, tendo-se procurado associar as notas referentes aos gestos/maneirismos que poderiam ou não simbolizar algum desconforto, hesitação ou até interesse face às questões colocadas, momentos de silêncio e pausas propositadas ou não propositadas (associadas à expressão emocional). Realizou-se a audição, por duas vezes, das gravações realizadas, procurando compreender o significado das expressões que os participantes procuravam exprimir.

Num terceiro momento, realizou-se a transcrição para texto *word* da totalidade do áudio, sem incluir pontuação ou linguagem não-verbal. Nesta fase, foram removidos os dados que permitissem a identificação do participante ou a respetiva instituição, procedendo-se à codificação dos mesmos.

Na quarta fase, procedeu-se ao editar. Nesta fase, foi repetida a audição da entrevista e colocada a respetiva pontuação e linguagem não-verbal.

Na quinta fase, realizou-se o rever, isto é, ocorreu a comparação do áudio com a transcrição do mesmo, procurando-se validar a concordância da transcrição.

Por fim, na sexta fase, correspondente ao finalizar, procedeu-se à destruição integral do áudio das entrevistas.

### Procedimentos ético-formais

Destaca-se que todos os dados emergentes foram para fim exclusivo do desenvolvimento do relatório de estágio inerente ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e publicação de artigo científico decorrente do mesmo.

Enquanto garantia da confidencialidade, os investigadores assumem cumprir com todos os requisitos necessários à garantia de confidencialidade e anonimato ao longo de todo o estudo. Previamente à realização da entrevista será disponibilizado o formulário de consentimento informado (Apêndice 15) a todos os participantes, onde se clarifica a natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado do participante de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 1964). Os dados recolhidos não terão qualquer identificador que permita identificar os participantes, assim como no armazenamento dos mesmos. As transcrições, codificadas para efeitos de anonimatos, serão guardadas numa pasta privada no computador do investigador principal, ao qual só o próprio terá acesso.

No que concerne à garantia da voluntariedade e autonomia dos participantes, o investigador compromete-se também a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a vontade de continuar a participar através de telefone ou via *email*. Os participantes serão informados sobre o direito a participar voluntariamente e/ou desistir a qualquer momento, sem ter de justificar a decisão e sem sofrer qualquer penalização. Aos participantes será solicitada a sua assinatura, sendo que também os investigadores procederão à assinatura deste.

A moderação da entrevista será sensível e imparcial, criando um ambiente seguro e inclusivo, onde os participantes se sintam confortáveis para partilhar as suas ideias e opiniões, evitando julgamentos e incentivando à expressão de opiniões pessoais por parte dos entrevistadores, garantindo a todos os participantes a mesma oportunidade para participar. Previamente, o formulário do consentimento livre e esclarecido será enviado por correio eletrónico, acompanhado do pedido de leitura e assinatura.

Destaca-se que o presente projeto foi submetido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde : Enfermagem, com o Parecer “P1035\_04\_2024” (Anexo 10).

### Critérios de Rigor

Tendo em conta as características da investigação naturalista, seguiram-se os quatro critérios de análise de rigor associados, descritos por Velloso e Tizzoni (2020):

1) Credibilidade, que se refere à confiança aplicada à veracidade dos resultados, tendo sido identificada a coexistência de várias realidades e procurada a interpretação dos mesmos na perspectiva do participante, de forma clara e concisa. Procurou-se, assim, compreender a perspectiva dos participantes, procedendo-se à escrita de notas aquando da entrevista, referentes à comunicação não-verbal, ênfase demonstrado em algumas respostas e recorrendo à técnica da clarificação.

2) Transferibilidade, que concerne à generalização dos dados e à possibilidade de transferir os resultados alcançados para diferentes contextos e diferentes participantes. Desta forma, procurou-se prover as informações detalhadas quanto ao contexto, para que a leitura do presente estudo seja analisada tendo em conta o potencial de transferibilidade. Destaca-se que a intenção do tipo de estudo em desenvolvimento não é a generalização ao nível exclusivo dos participantes, mas sim do fenómeno analisado.

3) Dependibilidade, que diz respeito à consistência da pesquisa. Foram identificadas as vulnerabilidades associadas a este tipo de pesquisa pelas díspares realidades de cada participante e mudanças instrumentais que provêm do desenvolvimento de *insights* por parte do autor enquanto instrumento.

4) Confirmabilidade, considerado o último critério a ser analisado; destaca-se que foi possível proceder ao corroborar dos resultados da pesquisa por outros autores, tendo-se mantido a neutralidade do autor, observando-se a verificação gradual da colheita de dados realizada.

### **2.2.2. Preparação**

Segundo Silva e colaboradores (2014), a fase da preparação contempla duas observações, nomeadamente o processo de recrutamento dos participantes e a questões relacionadas com a logística. Segundo os mesmos autores, a fase do recrutamento caracteriza-se como uma fase gradual, alusiva a um processo sistemático, que contempla, na sua versão original, três momentos de contacto dos participantes: duas semanas antes da intervenção, uma semana antes e no dia anterior à realização do *focus group*.

Neste processo, puderam ainda ser identificadas estratégias que visassem a promoção da adesão dos participantes, nomeadamente encontros prévios com o investigador, que visem esclarecer dúvidas ou envio de lembretes sob a forma de mensagem (Silva et al., 2014). No presente estudo, procedeu-se ao contacto nos três momentos referidos, através do contacto telefónico e mensagens de lembrete.

Todos os participantes foram informados do objetivo do estudo e regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração, no caso uma hora e quarenta e sete minutos, visando, conforme referido pela literatura, a prevenção do abandono da discussão em grupo (Bloor et al., 2001; Silva et al., 2014).

Para a seleção dos participantes, foram identificados os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão definidos, nomeadamente: exercício de funções em contexto comunitário e de Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiátrica, na população-alvo da criança e do adolescente, tendo-se identificado nove participantes da região de Lisboa. Num segundo momento, procedeu-se à validação, por parte dos investigadores, dos critérios de admissão dos participantes identificados e respetiva aceitação à participação no estudo, realizando-se uma triagem dos mesmos, tendo-se totalizado oito participantes. Observa-se que os participantes identificados são apropriados ao contexto da discussão, mantendo-se os oito participantes inicialmente identificados.

Destaca-se que o presente estudo não assegura a existência de um espaço físico confortável, por se apresentar sob o formato telemático, podendo esta ser uma fraqueza, no entanto, embora o *focus group* se realize neste formato, os participantes foram informados da importância de existir um espaço seguro e confortável, que assegure a privacidade do mesmo.

### **2.2.3. Moderação**

A moderação caracteriza-se como a fase em que ocorre a entrevista com recurso à metodologia de *focus group*, sendo crucial o papel do moderador e respetiva moderação neste processo (Silva et al., 2014).

No que concerne ao tempo associado a este momento, os autores sugerem um tempo médio de 90 minutos, podendo a sua duração atingir um máximo de duas horas e meia (Morgan, 1997; Stewart et al., 2007).

O moderador é o elemento-chave, devendo a sua intervenção respeitar algumas premissas que potenciem o alcance dos resultados esperados, de entre os quais se destacam a não emissão de julgamentos, questionar, ouvir, manter a conversa dentro da temática e validar, em todos os momentos, a igualdade de oportunidade de participação (Silva et al., 2014).

As condições ideais para uma moderação de sucesso aquando desta metodologia são: existência de um moderador cuja função seja a condução e manutenção da discussão; a existência de um segundo moderador, que auxilie a moderação, gerindo as questões associadas à

logística associada; dar resposta a possíveis interrupções não esperadas; e fazer registos sobre a discussão em curso (Silva et al., 2014). Assim, destaca-se que o presente estudo contará com a moderação da minha pessoa, enquanto moderador principal, e de um segundo elemento enquanto moderador auxiliar.

#### **2.2.4. Análise de Dados**

A quarta fase é caracterizada pela análise de dados. Na mesma, constatam-se alguns princípios previamente definidos, nomeadamente a gravação e transcrição dos dados. Assim, destaca-se que se procedeu à gravação de áudio em dois dispositivos, com posterior transcrição, cumprindo os pressupostos dos autores anteriormente referidos. Nesta fase, procedeu-se ainda à colheita escrita de todas as informações referentes aos participantes, discurso e linguagem não-verbal, pelo investigador secundário, momento fundamental para o processo de descodificação, interpretação e análise dos dados (Silva et al., 2014).

Bardin (2016) descreve que a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas que objetivam a análise das comunicações e que têm como propósito alcançar indicadores que permitam a dedução de conhecimentos, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições dos conteúdos. Esta pressupõe, ainda, a ausência de compreensões “espontâneas”, mantendo uma observação objetiva, através da significação.

Assim, a análise dos dados qualitativos seguiu a estruturação por etapas proposta por Bardin (2016): pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência; e interpretação.

##### Pré-Análise

Nesta fase inicial procedeu-se à organização dos dados obtidos, sendo constituída pelo corpo da pesquisa.

A entrevista foi realizada em formato *online*, de acordo com a conveniência dos participantes, tendo sido cumpridos todos os pressupostos no que concerne à privacidade, definidos no enquadramento metodológico citado no capítulo anterior. Em termos geográficos, encontra-se representado o distrito de Lisboa, tendo a entrevista sido realizada no dia 19 de junho de 2024.

A gravação da entrevista foi feita em formato de áudio, tendo sido realizadas notas escritas, com a autorização verbal por parte dos participantes durante a entrevista, assim como se procuraram redigir notas finais no término da entrevista, relativas à comunicação não-verbal e períodos de silêncio ou hesitação na resposta. A entrevista teve uma duração de uma hora, quarenta e sete minutos.

Após a análise dos dados observou-se a saturação dos mesmos, não se seguindo para uma segunda entrevista.

### Exploração do Material

Num segundo momento procedeu-se à exploração do material, através da análise e tratamento dos dados.

No que respeita à regra da enumeração, segundo o mesmo autor, foi definida a frequência, sendo considerada o número de vezes que a unidade de registo era evidenciada. As unidades de contexto dos participantes foram codificadas com a letra E.

### Análise de Dados, Inferência e Interpretação

Mendes e Miskulin (2017) destacam que esta fase evidencia cinco princípios: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade.

Convergindo os vários princípios com os pressupostos de Bardin (2016), observa-se que, no que concerne à exclusão mútua, que significa que cada elemento não poderia existir em mais do que uma divisão, esta foi mantida, pois nenhum dado pertenceu a duas categorias.

Quanto à homogeneidade, observa-se que os dados se encontravam todos relacionados com os temas definidos nas fases anteriores.

No que diz respeito à pertinência, observa-se que existiram um conjunto de categorias já predefinidas e outras que surgiram à posteriori do material que emergiu.

Relativamente à objetividade e fidelidade, observa-se que a mesma informação, da mesma categoria, deveria ter a mesma categorização, princípio que se considera ter sido cumprido. Por fim, quanto à produtividade, observou-se que os resultados são férteis, na medida em que foi possível desenvolver inferências em hipóteses e dados concretos.

### **2.2.5. Divulgação dos Resultados**

A quinta e última fase do processo caracteriza-se pela divulgação dos resultados, na vertente de relatório escrito, como se apresenta o presente documento. Nesta fase, Silva e colaboradores (2014) destacam que se deverá ter em atenção a inteligibilidade da análise, assim como a credibilidade da mesma, podendo as transcrições de pequenos excertos, para ilustrar as categorias, ser exemplo de tal. Assim, os resultados apresentaram, associados a cada categoria e subcategorias, excertos ilustrativos.

Segundo os mesmos autores, esta fase enaltece-se pelo potencial de exprimir as ideias dos participantes sob a forma de frases, apresentando o resultado das interações sob um determinado fenómeno. Esta fase poderá culminar com a devolução dos resultados aos participantes sob o formato de apresentação. No entanto, pela impossibilidade de reunir os mesmos numa segunda data comum, foi proposta a divulgação escrita dos resultados.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos resultados da entrevista, tendo em conta a pertinência para a compreensão do fenómeno em estudo, emergiram sete temas, que se apresentaram como sete subcapítulos: “Competência do Gestor de Caso”; “Quem Deve Ser o Gestor de Caso”; “Como é Nomeado o Gestor de Caso”; “Vantagens da Metodologia do Gestor de Caso”; “Desvantagens da Metodologia do Gestor de Caso”; “Barreiras para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso”; e “Oportunidades para a Metodologia de Gestor de Caso”.

#### 3.1. COMPETÊNCIAS DO GESTOR DE CASO

O tema “Competências do Gestor de Caso” teve como origem indicadores que apresentam características pessoais e profissionais que o elemento caracterizado como o GC, aquando da aplicação da metodologia de GC, tendo sido possível identificar duas categorias: “Competências Pessoais” e “Competências Profissionais”.

A primeira categoria, “Competências Pessoais”, refere-se às competências a nível pessoal que o terapeuta que se apresenta como GC a nível comunitário da Saúde Mental e Psiquiátrica da Infância e Adolescência (SMPIA) deverá possuir. A segunda categoria, “Competências Profissionais”, refere-se às competências a nível profissional, ou seja, identificadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiros Especialista (OE, 2015) ou no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (OE, 2018a), identificadas pelos EEESMP como competências essenciais ao GC.

Na categoria “Competências Pessoais”, identificaram-se as subcategorias: “Confiabilidade” e “Proximidade”.

A subcategoria “Confiabilidade” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC, no contexto comunitário de SMPIA, deverá ser alguém “confiável”, ou seja, deverá existir uma identificação conjunta, que advém do estabelecimento de uma relação de confiança:

- *“Há maior confiança” (sic, E3)*
- *“Numa base com certeza de confiança” (sic, E2)*
- *“Identificação conjunta” (sic, E8).*

Num estudo realizado por Ross, Curry e Goodwin (2011), a confiança foi uma das principais características do GC identificadas, referindo-se ao mesmo enquanto elemento no qual o processo de construção de confiança é essencial para os ganhos em saúde. Também num

estudo publicado por Knox e colaboradores (2022), a confiabilidade foi uma das características apontadas para o sucesso da intervenção do GC. Assim, é possível corroborar o achado na medida em que se valida que o GC deverá ser munido de competências como a confiabilidade, que promovam o sucesso da implementação da metodologia de GC.

A subcategoria “Proximidade” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC, no contexto comunitário de SMPIA, é alguém que deverá ser próximo, ou seja, deverá ser o elemento de referência que melhor conhece o agregado familiar, pela proximidade estabelecida na relação criada:

- *“Conhece melhor o agregado” (sic, E2)*
- *“Pessoa mais ligada” (sic, E1)*
- *“Alguém que está mais disponível” (sic, E2).*

Também Balard e colaboradores (2016) analisaram que GC deverá estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa alvo de cuidados, possibilitando uma melhor compreensão da pessoa cuidada e obtendo uma resposta eficaz, com uma articulação multidisciplinar eficiente, face às necessidades identificadas.

Na segunda categoria “Competências Profissionais”, identificaram-se as subcategorias: “Sigilo Profissional”, “Desenvolvimento Pessoal”, “Defender os Direitos dos Doentes”, “Capacidade de Articulação” e “Domínio de Recursos”.

A subcategoria “Sigilo Profissional” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC, no contexto comunitário de SMPIA, é alguém que deverá apresentar o sigilo profissional enquanto competência profissional:

- *“Pedindo permissão (...) se cabe dentro da relação terapêutica” (sic, E8)*
- *“Haja um consentimento prévio para que esta intervenção possa decorrer” (sic, E7).*

De facto, a presente competência apresenta-se descrita no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, a Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal, publicadas no Artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019, fazendo destaque à Unidade de Competência A2.2. “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, especificamente, analisando a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica e adotando uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, privacidade e a dignidade do cliente (OE, 2019, P. 4746).

A subcategoria “Desenvolvimento Pessoal” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que são as características pessoais do enfermeiro que se torna EEESMP, desenvolvidas aquando do percurso pessoal, o motivo pelo qual o enfermeiro se especializou na área de saúde mental e psiquiátrica:

- *“Acho que reporta-se mais às características pessoais (...) que estão intimamente ligadas com o facto de eu ser um EEESMP” (sic, E1)*
- *“Percurso pessoal das pessoas” (sic, E7).*

Este fenómeno permite realizar destaque ao Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, Regulamento n.º 515/2018, na medida em que existe uma alusão à unidade de competência F1.1. “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”, da primeira competência específica “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, especificamente no que concerne ao critério F1.1.1. “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” e F1.1.3. “Mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (OE, 2018a, p. 21428).

A subcategoria “Defender os Direitos dos Doentes” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC deverá ser o responsável pela defesa dos direitos e interesses dos utentes e respetiva família:

- *“Eu considero que nós, pela nossa posição e pela nossa formação, temos uma ligação muito próxima e muito estreita (...) quando o doente não consegue ter literacia em saúde mental (...) nós somos alguém que pode avançar desse ponto vista e intervir a favor da criança e da família para que eles possam ter os melhores conhecimentos possíveis” (sic, E1).*

Também no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, se apresenta descrito, a Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, publicadas no Artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019, fazendo destaque à Unidade de Competência A2.1. “Promove a proteção dos direitos humanos”, especificamente, assumindo a defesa dos direitos humanos conforme a deontologia profissional, assegurando o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, assegurando a confidencialidade

e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional e fomentando o respeito pelo direito do cliente à privacidade (OE, 2019, p. 4746).

A subcategoria “Capacidade de Articulação” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC deverá ser dotado de competências profissionais que promovam a articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar:

- *“A ideia que eu tenho deste gestor de caso é um bocadinho esta ideia de não só congregar a informação, mas tornar todos os processos mais céleres e menos burocráticos, ou seja, no fazer com que a família não se depare com tantos constrangimentos e tantas dificuldades” (sic, E3)*
- *“Articulação muito próxima com todos os outros parceiros e conhecer muito bem a comunidade” (sic, E6)*
- *“Articulação muito próxima com todos os outros parceiros e conhecer muito bem a comunidade e onde a criança e a família estão inseridas” (sic, E2).*

Ao nível do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresenta-se descrita a Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados, publicadas no Artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019, fazendo destaque à unidade de competência C1.1. “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, colaborando nas decisões da equipa de saúde, melhorando a informação para a tomada de decisão no processo de cuidados e reconhecendo quando deve negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores (OE, 2019, p. 4748).

A subcategoria “Domínio de Recursos” reúne indicadores que traduzem a perspectiva de que o GC deverá apresentar um domínio dos recursos existentes, conseguindo estabelecer uma relação entre os diferentes elementos, reunindo a informação e gerindo a necessidade de alocação de recursos face à mesma:

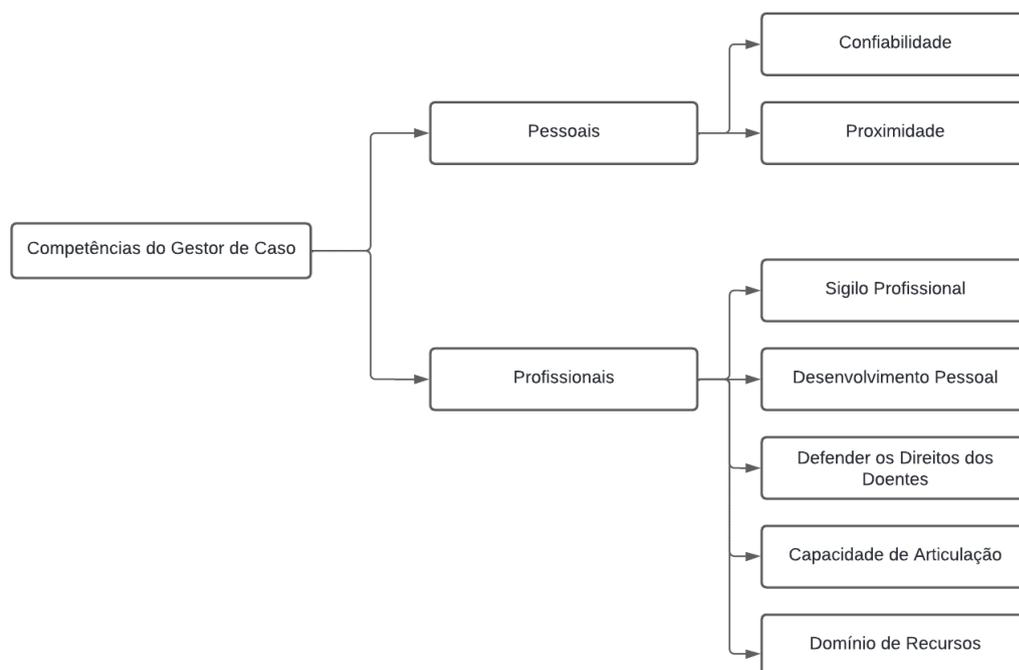
- *“Consegue estabelecer a relação entre os diferentes elementos da equipa (...), congregar as diferentes informações dos diferentes elementos da equipa e vai no fundo operacionalizar” (sic, E1)*
- *“Grande domínio dos recursos da comunidade e uma boa articulação com quem são esses recursos para que seja mais facilitador” (sic, E6)*
- *“Se reúna e que consiga gerir toda a informação de forma a cometer a problemática toda e dar a melhor resposta” (sic, E2).*

À semelhança da subcategoria anterior, esta invoca novamente o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com alusão ao Domínio da Gestão dos

Cuidados, publicadas no Artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019, fazendo agora destaque não só à unidade de competência C1.1. “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”, analisando-se que o GC deverá ser munido de uma competência que se apresenta como específica do enfermeiro especialista, como à Unidade de Competência C2.1. “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, na medida em que coordena a equipa de prestação de cuidados, negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade e utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade (OE, 2019, p. 4748).

**Figura 2**

*Fluxograma do Tema “Competências do Gestor de Caso”.*



### 3.2. QUEM DEVE SER O GESTOR DE CASO

O tema “Quem Deve Ser o Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram identificar qual o profissional que deverá assumir-se enquanto GC, no contexto comunitário de SMPA, tendo sido possível identificar três categorias: “O EEESMP”, “Profissional que Realiza Intervenções Psicoterapêuticas” e “Profissional que Não Realiza Intervenções Psicoterapêuticas”.

A primeira categoria, “O EEESMP”, refere-se ao EEESMP enquanto elemento que deverá ser o GC no contexto comunitário de SMPIA. A segunda categoria, “Profissional que Realiza Intervenções Psicoterapêuticas”, refere-se à ideia de que o GC deverá ser o profissional que seja mais próximo, ou seja, aquele que realiza intervenções psicoterapêuticas<sup>54</sup>. A terceira categoria, “Profissional que Não Realiza Intervenções Psicoterapêuticas”, é antagónica à categoria anterior, na medida que se refere à emersão do GC como o elemento mais distante e que não realiza intervenções psicoterapêuticas.

A categoria “O EEESMP” reúne indicadores que destacam a identificação do EEESMP enquanto gestor de caso, na medida em que este é dotado de competências específicas que o diferem dos demais, promotoras do alcance da eficácia e eficiência das suas intervenções, no contexto comunitário de SMPIA:

- *“O enfermeiro (EEESMP) também pode ser um gestor de caso e estando em ligação e articulação com os outros técnicos pode perfeitamente ser o preferencial nesta relação” (sic, E6)*
- *“Eu acho que o enfermeiro especialista, do meu ponto de vista, é daqueles que estão mais bem apetrechados para este tipo de papel, para ser o gestor de caso. Acho que entre enfermeiro especialista em saúde mental tem todas as características e competências para ser o gestor de caso” (sic, E2)*
- *“Nós (EEESMP) somos aqui alguém que pode avançar desse ponto de vista e intervir a favor da criança e da família para que eles possam ter os melhores conhecimentos possíveis para se poderem, no fundo, mexer dentro dos cuidados de saúde” (sic, E3).*

Um estudo de Tahan, Kurland e Baker (2020), refere que, nos contextos de saúde, dentro da equipa multidisciplinar, a classe que domina enquanto GC é a enfermagem. Analisando a literatura publicada compreende-se que a metodologia de GC é concordante com as características do EEESMP, pois ambas apresentam como foco a assistência à pessoa ao longo da sua vida, mobilizando os recursos necessário para realizar cuidados direcionados e especializados à pessoa no contexto em que esta se insere (OE, 2018). Num estudo realizado por Martins e Fernandes (2008), analisa-se que o GC é o responsável pela recolha de dados, planificação, amplificação, coordenação, supervisão e avaliação das opções e serviços de forma a ir de encontro às necessidades da pessoa, pelo que o EEESMP apresenta, pelas

---

<sup>54</sup> Intervenção psicoterapêutica consiste na aplicação, de forma informada e intencional, de técnicas psicoterapêuticas, com o objetivo de assistir a pessoa a gerir comportamentos, emoções e/ou outras características individuais na procura do que se considera desejável (OE, 2023).

suas características o perfil adequado à função, aquando de contextos onde esta metodologia se encontre em vigor.

A categoria “Profissional que Realiza Intervenções Psicoterapêuticas” reúne indicadores que destacam a proximidade, ao nível da relação terapêutica estabelecida entre o GC e a criança e família, no contexto comunitário de SMPIA:

- *“Pessoa que está mais ligada até no próprio processo terapêutico ou psicoterapêutico da criança ou e o adolescente, e tem um conhecimento privilegiado até do ponto de vista do contexto da relação, consegue estabelecer a relação entre os diferentes elementos da equipa” (sic, E7).*

Knox e colaboradores (2022) destacam que a relação criada entre o terapeuta identificado como GC e a pessoa cuidada é fundamental para o sucesso das intervenções do mesmo, referindo que é no processo de reconhecimento do outro que o mesmo é considerado enquanto pessoa digna de ser sentida, ouvida e vista. Segundo os mesmos autores, é a própria relação estabelecida que, numa visão longitudinal, permitirá não só a eficiência dos processos burocráticos associados, mas ao estabelecimento de uma relação de confiança e suporte para a pessoa.

Por fim, a categoria “Profissional que Não Realiza Intervenções Psicoterapêuticas” reúne indicadores que destacam a distância enquanto fator benéfico ao nível da eficiência do GC, no contexto comunitário de SMPIA, na medida em que, pela distância e formalidade associadas, o viés dos resultados é menor:

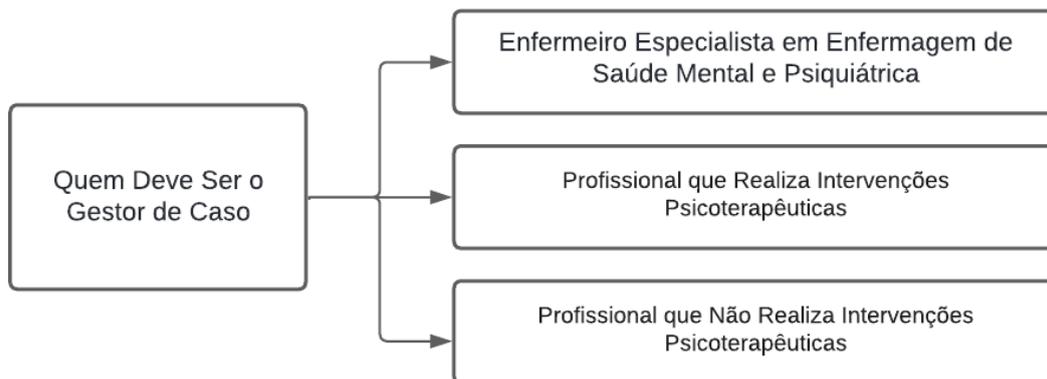
- *“E, portanto, são papéis que, inclusive, podem ser incompatíveis um com o outro, porque há essa questão muito importante que nesta relação dual entram terceiros nesta relação e, portanto, ser terapeuta é uma coisa, fazer uma intervenção psicoterapêutica, fazer uma psicoterapia com alguém é uma coisa, outra coisa é ser gestor de caso” (sic, E2)*
- *“Não ser a mais ligada, mas aquele que vai congrega as várias informações dos vários elementos da equipa, e vai no fundo agregar, e assim evita viés que possa advir das diferentes pessoas que estão a intervir com aquele jovem” (sic, E3)*
- *“Não sei se quem está dentro da relação terapêutica é a pessoa mais indicada para ser o gestor de caso” (sic, E8).*

Embora não tenha sido identificada literatura que corrobore ou não este achado, faço destaque a um estudo publicado por Hartley, Redom e Berry (2022) que analisa o impacto emocional da relação estabelecida aquando dos cuidados, sendo por vezes necessário o

distanciamento visando a não sobre envolvimento no processo de cuidado, interferindo com a própria saúde mental do EEESMP.

### Figura 3

Fluxograma do Tema “Quem Deve Ser o Gestor de Caso”



### 3.3. COMO É NOMEADO O GESTOR DE CASO

O tema “Como é Nomeado o Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram compreender como é que o GC é nomeado no contexto comunitário de SMPA. Face ao mesmo, identificaram-se duas categorias: “Escolhido pela criança e família” e “Escolhido pela equipa multidisciplinar”.

A primeira categoria “Escolhido pela criança e família” refere-se à possibilidade de o GC, no contexto comunitário de SMPA, ser nomeado pela criança e família, pela relação que a mesma desenvolve com um determinado elemento da equipa multidisciplinar, sendo esse que se diferenciaria enquanto CG:

- *“Se vai definindo pela relação terapêutica que se vai construindo com as crianças e com os adolescentes e com as famílias, que fica definido qual será aqui o elemento da equipa que está mais próximo” (sic, E3)*
- *“O escolhido pelo adolescente acaba por ser esse que acaba por gerir melhor o processo terapêutico” (sic, E3)*
- *“Quem a família sinta que está mais próxima (...) com maior suporte e confiança (...) “Durante a intervenção percebe-se qual o profissional que a família elege” (sic, E4).*

Num estudo realizado por Tahan e colaboradores (2020), identificou-se a nomeação dos GC de forma progressiva associada à responsabilização e comprometimento que se vai desenvolvendo entre o profissional e a pessoa, assim como a fluidez da coordenação e funções de transição de cuidados.

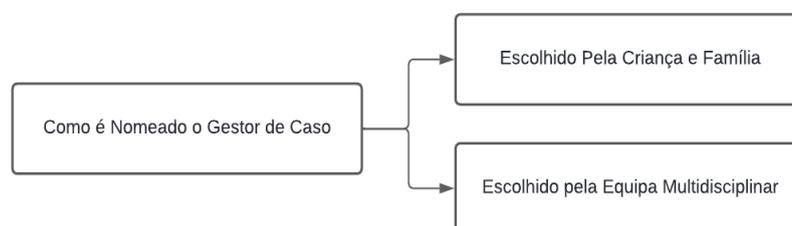
A segunda categoria criada foi “Escolhido pela equipa multidisciplinar”, sendo que se refere à possibilidade do GC, no contexto comunitário de SMPIA, ser nomeado pela própria equipa multidisciplinar, quer devido às suas competências profissionais, quer devido à sua disponibilidade para assumir a gestão do caso:

- *“Atribuição logo imediata de quando chegam ao serviço e ser logo atribuído um técnico como gestor” (sic, E2)*
- *“Pelas competências profissionais” (sic, E4)*
- *“Gestor ser formalmente identificado logo no início, no momento da entrevista (...) esta pessoa é a pessoa que vai ficar com o teu processo” (sic, E1).*

Muscat (2020) refere que, no contexto dos cuidados de saúde comunitários, os GC são, em alguns momentos, escolhidos pela equipa multidisciplinar, um processo que assegura que o GC se encontra dedicado às necessidades da pessoa, mobilizando os recursos necessários para dar resposta às mesmas. A análise do artigo permite, ainda, observar que este método de seleção pode levar a uma melhor e mais eficaz intervenção e gestão de cuidados, com base no suporte gerado pela equipa em si.

#### Figura 4

*Fluxograma do Tema “Como é Nomeado o Gestor de Caso”*



### 3.4. VANTAGENS DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO

O tema “Vantagens da Metodologia de Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram identificar as vantagens percebidas pelo EEESMP, sobre o recurso à metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPIA.

Neste tema emergiram duas categorias: “Para a criança e família” e “Profissionais”.

A categoria “Para a criança e família” refere-se às vantagens para a criança e família, que advém da aplicação da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPIA. Nesta categoria foram definidas as seguintes subcategorias: “Profissional de referência”, “Acessibilidade”, “Plano multidisciplinar de cuidados”, “Facilitação do processo de aprendizagem na escola” e “Vínculo”.

O “Profissional de referência” traduz o GC enquanto profissional que a criança e a família identificam como o elemento-chave da articulação dos cuidados:

- *“Há uma pessoa de referência” (sic, E4)*
- *“Cuidados muito atentos e numa dimensão integrativa e de permissão” (sic, E2)*
- *“Uma base de confiança” (sic, E8).*

A “Acessibilidade” traduz a celeridade que advém da utilização da metodologia de GC, para a criança e a família:

- *“Tornar todos os processos mais céleres e menos burocráticos, não é, no fundo fazer com que a família não se depare com tantos constrangimentos e dificuldades” (sic, E1).*

O “Plano multidisciplinar de cuidados” revela a vantagem do GC identificar necessidades das diferentes áreas disciplinares e intervir junto das mesmas, visando o cumprimento do plano de cuidados da criança e família:

- *“Percebemos que existe uma necessidade de articulação quanto à medicação, falamos com o médico e o médico articula desse ponto de vista” (sic, E1).*

A subcategoria “Facilitação do processo de aprendizagem na escola” traduz a ideia de que o GC atua como um agente facilitador na identificação de necessidades e articulação com os

recursos da comunidade, de entre os quais, a escola e o processo de aprendizagem, incluindo a identificação e encaminhamento das crianças com necessidades educativas especiais:

- *“Se percebemos que há uma dificuldade relativamente com a escola do ponto de vista do processo de aprendizagem de algumas condições necessárias, algumas adaptações específicas que são necessárias de ser feitas naquele momento, articular com o professor” (sic, E1).*

O “Vínculo” é uma das vantagens associadas ao GC, para com a criança e a família, sendo que a possibilidade de estabelecer um vínculo traduz um processo de crescimento conjunto:

- *“Dimensão do vínculo (...) construção de vínculo em conjunto” (sic, E8)*
- *“Ganho enorme (...) da criança e família se sentir e olhar nesta rede que se vai identificando e construindo em ligações cada vez, que possam ser, potenciadoras do processo de recuperação” (sic, E8)*
- *“Construção em conjunto”(sic, E3).*

A própria análise do conceito de GC permite identificar vantagens da utilização desta metodologia pelas suas características específicas. A Case Management Society of America (2016) faz destaque às mesmas dentro do próprio conceito de GC, enquanto elemento colaborativo do processo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, priorização de serviços e recursos avaliação e advocacia das opções existentes e dos serviços disponíveis, indo ao encontro das necessidades de saúde do utente e família, através da comunicação e avaliação dos recursos da comunidade existentes, promovendo a segurança do utente, a qualidade dos cuidados e o alcance de resultados eficientes.

Segundo a literatura publicada uma das áreas de destaque da intervenção do GC é a gestão do processo terapêutico, identificando-se a gestão do esquema medicamentoso, que se apresenta como uma das variáveis do processo terapêutico e como diferencial no sucesso da intervenção do GC, sendo responsável pela minimização da reincidência de internamentos (Stanhope et al., 2016).

O profissional que se apresenta como GC é, assim, descrito como um elemento facilitador, um elemento de referência, onde inaptamente se devolve uma relação terapêutica, com inúmeras vantagens para a pessoa e família, desde a facilitação da expressão emocional, à facilidade acrescida, pela confiança estabelecida, da expressão das necessidades dos mesmos, promovendo o sucesso das intervenções desenvolvidas (Hudon et al., 2019; Knox et al., 2022).

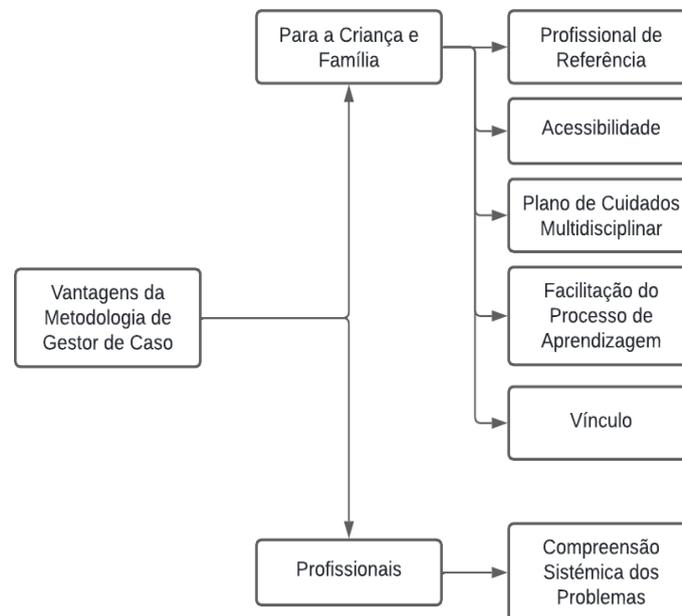
Já na segunda categoria, “Profissionais”, emergiu uma subcategoria, “Compreensão Sistêmica dos Problemas”, que se refere à vantagem identificada aquando da utilização da metodologia de GC do aumento da compreensão dos fenómenos, possibilitando uma visão mais sistêmica da criança e adolescente, no contexto comunitário de SMPIA:

- *“Olhar mais sistémico” (sic, E4)*
- *“Acesso a mais informação sobre a família” (sic, E4)*
- *“Não só às crianças, aos adolescentes, mas à envolvimento que conseguimos ter e a ligação conseguimos ter com as famílias<sup>1</sup> e que isso depois é demonstrado pelo agrado e pela satisfação das famílias que vêm e quando vêm ao serviço já vêm à procura daquele elemento” (sic, E3).*

Lukersmith, Millington e Salvador-Carulla (2016) identificam o GC como um elemento de elevada relevância na integração horizontal de cuidados, abrangendo serviços de saúde primários, serviços de saúde hospitalares e serviços comunitários. Dotado da possibilidade de articular com os diferentes recursos, apresenta as ferramentas necessárias ao desenvolvimento de uma visão sistêmica sobre a pessoa e família, inseridas num determinado contexto, sendo destacado por alguns autores a existência de programas implementados em serviços que apresentem a metodologia de gestão de cuidados de Gestão de Casos, que facilitam esta visão sistêmica, permitindo uma articulação mais célere ao nível das necessidades da esfera social, permitindo encaminhamentos mais rápidos, minimizando o tempo de hospitalização e reduzindo os custos em saúde (Knox et al., 2022; Stokes et al., 2016).

**Figura 5**

*Fluxograma do Tema “Vantagens da Metodologia do Gestor de Caso”*



### 3.5. DESVANTAGENS DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO

O tema “Desvantagens da Metodologia de Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram identificar as desvantagens percebidas pelo EEESMP, sobre o recurso à metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPA.

Neste tema emergiram, à semelhança da categoria anterior, duas categorias: “Para a criança e família” e “Profissionais”.

A categoria “Para a criança e família” refere-se às desvantagens identificadas pelo próprio profissional na sua prática profissional, que advém da aplicação da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPA. Nesta categoria foi definida a subcategoria: “Escassez de Recursos Humanos”, que traduz a ideia de que, quando a metodologia do GC se encontra implementada ao nível do contexto comunitário de SMPA, poderá existir uma confusão de papéis para a criança e família associada à escassez de recursos humanos, podendo o mesmo técnico ser gestor de caso, terapeuta e terapeuta familiar:

- “*Constrangimento sério para que depois o próprio processo terapêutico se possa desenvolver e a relação terapêutica também se possa desenvolver*” (sic, E1)

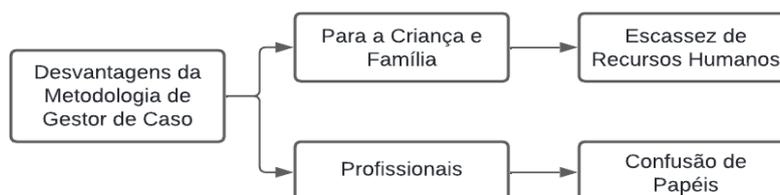
A categoria “Profissionais” refere-se às desvantagens identificadas pelo próprio profissional na sua prática clínica, que advém da aplicação da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPIA. Nesta categoria foi definida a subcategoria: “Confusão de papéis”, que traduz a desvantagem identificada da possibilidade de confusão de papéis entre o papel de terapeuta e o exercício da gestão de caso:

- *“Confusão de papéis entre ser terapeuta e gestor de caso (...) colocar na balança o que é mais importante (...) (pode ser um) constrangimento sério para que depois o próprio processo terapêutico se possa desenvolver e a relação terapêutica também se possa desenvolver” (sic, E1)*
- *“O papel do gestor de Caso pode ter este conflito neste sentido de que vai ter muitas informações de vários parceiros sobre o caso e existe a hipótese de contaminação da relação terapêutica, no sentido daquilo que eu, enquanto técnico, tenho que gerir, a informação que a minha é dada e daquela que eu tenho da relação com a criança ou adolescente” (sic, E3)*
- *“Dificuldades no potencial conflito do que sai fora do âmbito da relação terapêutica (...) onde entram terceiros, onde entram outros intervenientes” (sic, E8).*

Gray e White (2012) destacam a existência da confusão de papéis, associando a mesma à ausência de conhecimento institucional e da equipa multidisciplinar sobre a metodologia de GC. Não obstante, identifica-se uma escassez de estudos que explorem a compreensão deste fenómeno.

### Figura 6

*Fluxograma do Tema “Desvantagens da Metodologia do Gestor de Caso”*



### 3.6. BARREIRAS PARA A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO

O tema “Barreiras para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram identificar as barreiras percebidas pelo EEESMP, associadas à utilização da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPA.

Neste tema emergiu uma categoria, intitulada de “Desconhecimento do Papel do Gestor de Caso”, que explora a barreira identificada pelos participantes do desconhecimento do papel de GC *per se*:

- *“Não sei se também estou com o conceito de gestor de caso bem definido na minha cabeça” (sic, E6)*
- *“Nunca ninguém me disse, a senhora enfermeira é a gestora deste caso” (sic, E4)*
- *“Uma das barreiras é a falta de conhecimento de qual pessoa quer ser um gestor de caso” (sic, E3).*

Um estudo realizado por Joo e Huber (2017) procurou analisar as barreiras percebidas pelos GC quando do exercício das suas funções, tendo os autores identificado a existência de estudos sobre a metodologia de GC pouco clara, intervenções do GC poucas explícitas e identificadas, treino e formação insuficiente e dificuldades na interação com o cliente.

#### Figura 7

*Fluxograma do Tema “Barreiras para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso”*



### 3.7. OPORTUNIDADES PARA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE GESTOR DE CASO

O tema “Oportunidades para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso” teve como origem indicadores que procuram identificar as oportunidades percebidas pelo EEESMP, associadas à utilização da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPA.

Neste tema emergiram duas categorias, nomeadamente de “Formação” e “Discussão de Casos”.

A categoria “Formação” reúne indicadores que identificam a formação enquanto oportunidade identificada para a utilização da metodologia do GC, no contexto comunitário de SMPIA:

- “*Nós temos que ter um grande treino*” (sic, E8)
- “*Era preciso formação*” (sic, E1)
- “*Uma formação contínua nos serviços*” (sic, E7).

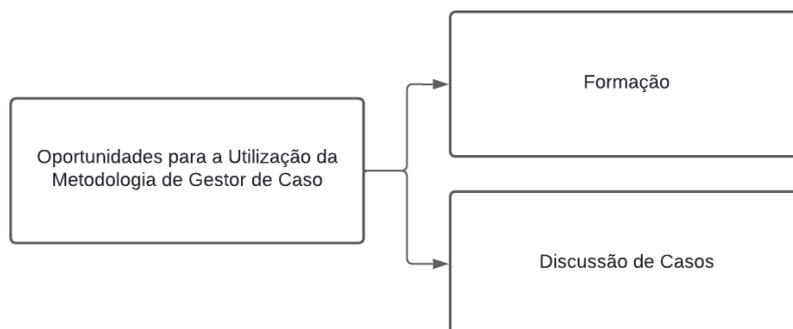
A categoria “Discussão de Casos” reúne indicadores que identificam a discussão de casos, no contexto clínico, enquanto oportunidade identificada para a utilização da metodologia do GC, no contexto comunitário de SMPIA:

- “*Talvez a discussão de casos*” (sic, E2).

Numa análise realizada por Hudon e colaboradores (2022), identificou-se a necessidade de treino e formação dos GC, otimizando o seu papel, identificando-se benefício ao nível da eficiência da sua prática, assim como ganhos em saúde para a pessoa e família. Num estudo realizado por Muscat (2020) observou-se também que os programas de capacitação dos GC, com recurso à formação dos mesmos, podem ter benefícios associados.

### Figura 8

*Fluxograma do Tema “Oportunidades para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso*



#### 4. SÍNTESE FINAL

Em síntese, observa-se que o presente estudo permitiu aumentar o conhecimento útil sobre a percepção do EEESMP, no contexto comunitário de SMPIA, tendo-se explorado sete temas que emergiram do *core* documental, nomeadamente: “Competências do Gestor de Caso”, “Quem Deve Ser o Gestor de Caso”, “Como é Nomeado o Gestor de Caso”, “Vantagens da Metodologia do Gestor de Caso”, “Desvantagens da Metodologia do Gestor de Caso”, “Barreiras para a Utilização da Metodologia de Gestor de Caso” e “Oportunidades para a Metodologia de Gestor de Caso”.

Face à análise dos resultados e posterior discussão, compreende-se que existem características pessoais e profissionais, que caracterizam o GC, no contexto comunitário de SMPIA, na perspetiva do EEESMP, sendo as características identificadas corroboradas pela literatura publicada.

O GC pode ainda ser, segundo os participantes, um EEESMP ou outro profissional que desenvolva ou não intervenções psicoterapêuticas, sendo defendido por alguns autores que os enfermeiros são os profissionais mais competentes dentro da equipa multidisciplinar para assumir a gestão dos casos. No entanto, o presente estudo demonstra que existem competências que são apenas do domínio específico do EEESMP.

No que concerne à análise da nomeação do GC, compreende-se que poderá ser realizada uma nomeação por parte da criança e família ou por parte da instituição, sendo ambas as hipóteses corroboradas pela literatura.

O presente estudo enaltece o facto de a metodologia *per se* apresentar vantagens, desvantagens, barreiras à implementação e uma janela de oportunidades à sua implementação.

No que concerne às vantagens, identifica-se a existência de um profissional de referência para a criança e família, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica com ganhos em saúde. Destaca-se, ainda, a acessibilidade associada ao diminuir dos processos burocráticos, devido à articulação dos recursos existentes, associando-se um plano de cuidados multidisciplinar mais eficaz e eficiente e uma facilitação do processo de aprendizagem na escola. Isto porque existe uma identificação precoce das necessidades e articulação direta com o contexto escolar, aumentando o vínculo entre o GC, criança e família. No que concerne às vantagens para a própria profissão, identifica-se a existência de uma compreensão sistémica dos problemas, pelo maior alcance da intervenção *per se* e colheita de dados associada.

Ao nível das desvantagens, identificaram-se apenas desvantagens profissionais que se prendem à confusão de papéis entre ser GC e ser terapeuta da criança e família, existindo uma dificuldade sentida pelos próprios na delimitação de ambos os papéis exercidos.

Enquanto barreiras para a utilização da metodologia de gestor de caso, os participantes identificaram o desconhecimento do papel do GC.

Por fim, enquanto oportunidades, identificou-se a formação e discussão de casos, colmatando as barreiras identificadas, sendo estes dois últimos achados fenómenos predominantes e corroborados ao nível da literatura publicada, na medida em que, embora esta metodologia de cuidados seja amplamente utilizada, existe um desconhecimento no que concerne à metodologia e ao papel inerente.

Como limitações deste estudo destaca-se a escassez de estudos publicados que produzam conhecimento sobre o gestor de caso, especialmente a nível da criança e família, podendo a análise dos dados sofrer algum enviesamento advindo deste fator.

## CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio emergiu como um trabalho diferencial ao meu processo académico e profissional, tendo permitido o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas, na área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, constatando-se o alcance dos objetivos definidos inicialmente.

A nível da primeira parte do documento, observa-se que foram realizados três estágios, em contextos clínicos específicos, que promoveram o desenvolvimento das competências esperadas, com a tutoria de EEESMP que potenciaram, em conjunto com os docentes atribuídos, o pensamento crítico face às diversas situações e desafios apresentados. Observa-se que este percurso foi marcado pela constante autorreflexão, visando a tomada de consciência de si, as capacidades e dificuldades sentidas e as constantes estratégias de melhoria, no eu pessoal e no eu profissional.

No que concerne à segunda parte do presente trabalho, analisa-se que se procedeu à realização de um estudo qualitativo, com recurso a *focus group*, tendo sido desenvolvido conhecimento teórico sobre a perspetiva do EEESMP sobre a metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPIA. Do *core* documental do presente estudo emergiram sete temas de relevo, cuja análise permite uma visão diferenciada na investigação do fenómeno.

Como implicações para a prática do presente estudo destaca-se a identificação de vantagens, desvantagens, barreiras e oportunidades, essenciais para o sucesso da implementação desta metodologia, visando dar resposta ao estabelecido pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2024).

Sugere-se o desenvolvimento de estudos secundários que abranjam a temática da metodologia de GC, no contexto comunitário de SMPIA, permitindo a estruturação de planos de melhoria nos respetivos serviços.

Por fim, destaca-se o reconhecimento do presente estudo pelos EEESMP, fomentando a necessidade de articulação constante entre a esfera académica e prática, devendo esta ser uma relação em constante progressão, minimizando barreiras ou possíveis obstáculos.

Como implicações para a investigação, destaca-se a necessidade de se proceder a estudos de investigação primária, nomeadamente estudos qualitativos, incidindo na perceção do EEESMP sobre a implementação desta metodologia, no contexto comunitário da SMPIA,

assim como estudos quantitativos que avaliem o impacto da metodologia e os ganhos em saúde associados.

Como limitações do presente estudo destaca-se a escassez de estudos primários que analisem a metodologia de GC, no contexto SMPIA, restringindo a análise do *core* documental aquando da fundamentação teórica associadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?. *Adolescência e Saúde*, 9(3), 21-28. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32284/1/artigos%20afiliados-119.pdf>
- Andrade, F. M. R. F., Vaz, M. J. A., Berenguer, S. M. A. C., & Fernandes, S. J. D. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 48-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.5287>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Associação Médica Mundial. (1964). *Declaração de Helsínquia*. [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888\\_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)
- Atlam, E., Ewis, A., El-Raouf, A., Ghoneim, O., & Gad, I. (2022). A new approach in identifying the psychological impact of COVID-19 on university student's academic performance. *Alexandria Engineering Journal*, 61(7), 5223-5233. <https://doi.org/10.1016/j.aej.2021.10.046>
- Azevedo, V., Carvalho, M., Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, A., (2017). Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações, práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 159 – 168. <https://doi.org/10.12707/RIV17018>
- Balard, F., Gély-Nargeot, M., Corvol, A., & Jean, O. S. (2016). Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BioMed Central Health Services Research*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1892-6>
- Barbosa, N., Ribeiro, D., Andrade, A., & Gomes, A. (2018). Sociodrama com crianças no contexto escolar. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26(1), 118-125. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20180008>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. Califórnia, Estados Unidos da América: SAGE Publications Ltd.

- Case Management Society of America. (2016). *Standards of Practice for Case Management*. Tennessee, Estados Unidos da América: Autor.
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. [https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/RelAvPNSM2017\\_compressed.pdf](https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/RelAvPNSM2017_compressed.pdf)
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). CIPE ® - Português. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde Mental em Portugal: Um desafio para a próxima década*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (2022). *Saúde Mental – Princípios de Política: Órgãos e Serviços*. [https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/SAUDE-MENTAL\\_Newsletter\\_5\\_2022.pdf](https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/SAUDE-MENTAL_Newsletter_5_2022.pdf)
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>
- Costa, A., & Faria, L. (2013). Aprendizagem social e emocional: Reflexões sobre a teoria e a prática na escola portuguesa. *Análise Psicológica*, 4(31), 407-424. <https://doi.org/10.14417/ap.701>
- Dehnam, S. A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cogniție Creier Comportament*, 11(1), 1–48. <https://psycnet.apa.org/record/2007-05198-001>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Autor. [http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Rede de Referência Hospitalar – Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://www.sns.gov.pt/wp->

<content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Acesso a serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários*. Lisboa, Portugal: Autor.  
[https://www.ers.pt/media/slpzdwk/estudo\\_saude\\_mental\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/slpzdwk/estudo_saude_mental_02-2023.pdf)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Coimbra, Portugal: Autor.

Esmael, A. M., Elatroush, H. G., & El-Sayed, N. M. (2014). The Impact Of Internship Training Year On Nurse Interns' Clinical Skills Acquisition In Intensive Care Units At Main Mansoura University Hospital. *Mansoura Nursing Journal*, 1(2), 35-43.  
[https://mnj.journals.ekb.eg/article\\_149010\\_4086d40ad2be02497977bc7bd6a3e540.pdf](https://mnj.journals.ekb.eg/article_149010_4086d40ad2be02497977bc7bd6a3e540.pdf)

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Goleman, D. (2006). *Emotional Intelligence*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Bantam Books.

Gonçalves, C. (2018). *Na Cabeça do Dragão – Definições, Interpretações e Práticas de Saúde Mental dos Imigrantes Chineses* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra: Portugal.

Gray, F. C., & White, A. (2012). Concept analysis: case management role confusion. *Nursing Forum*, 47(1), 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00244.x>

Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BioMed Central Psychiatry*, 18(1), 1-15.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>

Hajebi, A., Damari, B., Moghaddam, A., Nasehi, A., Nikfarjam, A., & Bolhari, J. (2013). What to do to promote mental health of the society. *Iranian Journal of Public Health*, 42(1), 105-112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23865026/>

- Hartley, L. (2004). *Somatic psychology: Body, mind and meaning*. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Hartley, S, Redom, T., & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *Public Library of Science One*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262070>
- Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem avançada – conceptualização através de grupos focais. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 138-144. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>
- Hink, A. B., Killings, X., Bhatt, A., Ridings, L. E., & Andrews, A. L. (2022). Adolescent Suicide— Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Current Trauma Reports*, 8(2), 41–53. <https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7>
- Holt-Lundstand, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: a system approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 4(69), 437-458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Bisson, M., Brousselle, A., Lambert, M., Danish, A., Rodriguez, C., Sabourin, V. (2022). Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5652>
- Hunter, D. J., McCallun, J., & Howes, D. (2019). Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Global Science & Technology Forum - Journal of Nursing and Health Care*, 4(1). <https://research-portal.uws.ac.uk/en/publications/defining-exploratory-descriptive-qualitative-edq-research-and-con>
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2017). Barriers in Case Managers' Roles: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(10), 1-21. <https://doi.org/10.1177/0193945917728689>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. M. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *PEDIATRICS*, 134(4), 782-794. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>

- Knox, M., Esteban, E. E., Hernandez, E. A., Fleming, M. D., Safaeinili, N., & Brewster, A. L. (2022). Defining case management success: a qualitative study of case manager perspectives from a large-scale health and social needs support program. *British Journal of Medicine Open*, 11, 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2021-001807>
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – uma estratégia em saúde mental: Técnicas e Procedimentos para a intervenção. *Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0061>
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1-13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389-415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Martins, M. C. A., & Fernandes, P. F. C. (2008). *O gestor de caso: Aplicabilidade do conceito (Relatório Técnico/Científico)*. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias: Portugal. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1731>
- Rosenfeld, L. C., Wang, P., Holland, J., Ruble, M., Parsons, T., & Huang, H. (2022). Care Management of Comorbid Medical and Psychiatric Illness: A Conceptual Framework for Improving Equity of Care. *Population Health Management*, 25(2), 148-156. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0366>
- Mateus, P., Almeida, J., Carvalho, A., & Xavier, M. (2017). Implementação de um Modelo de Gestão de Cuidados nos Serviços de Saúde Mental Portugueses: Base Conceptual. *Portuguese Journal of Public Health*. 35 (1). 19-29. [https://www.researchgate.net/publication/325688242\\_Implementacao\\_de\\_um\\_Modelo\\_de\\_Gestao\\_de\\_Cuidados\\_nos\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_Mental\\_Portugueses\\_Base\\_Conceptua](https://www.researchgate.net/publication/325688242_Implementacao_de_um_Modelo_de_Gestao_de_Cuidados_nos_Servicos_de_Saude_Mental_Portugueses_Base_Conceptua)
- !
- Mendes, R. M., & e Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 1044-1066. <https://doi.org/10.1590/198053143988>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2019). *Parecer n.º 01/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01->

[2019\\_25012019\\_mceesmp\\_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](#)

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República n.º 102/20215 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República.

Miranda, A., & Oliveira, J. (2012). Quando o palco é parte da realidade: O Sociodrama na formação dos Educadores Sociais. *Sensos*, 2(12012), 27-40. <https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6299/1/Sensos%203%20-%20Quando%20o%20palco%20%C3%A9%20parte%20da%20realidade.pdf>

Moreno, J. L. (2002). *Psicodrama*. Coimbra, Portugal: Cultrix.

Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.

Morgan, D. L. (1998). Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Application to Health Research. *Qualitative Health Research*, 8, 362-376. <https://doi.org/10.1177/104973239800800307>

Muscat, J. W. (2020). A case study evaluation of a community multidisciplinary team in South-East England using a mixed-method approach. *British Journal of General Practice*, 70(1). <https://doi.org/10.3399/bjgp20X711569>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. *Diário da República no 122/2015 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151/2018 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019 – II Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Lisboa,

- Portugal: Autor.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/quiabp\\_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7a7amentalgrave\\_ordenferm\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/quiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7a7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Autor.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencaoopsicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf)
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and Opportunities with Interview Transcription: Towards Reflection in Qualitative Research. *Social Forces*, 84(2), 1273–1289. <https://doi.org/10.1353/sof.2006.0023>
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Genebra, Suíça: Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *International Classification of Diseases – 11<sup>th</sup> Revision*. Genebra, Suíça: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genebra, Suíça: Autor.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>
- Pena, A. (2014). *Intervenções Expressivas em Grupos de Adolescentes em Sofrimento Mental (Relatório de Projeto de Estágio)*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa: Portugal.  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16275/1/Relat%C3%B3rio\\_Ana%20Pena.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16275/1/Relat%C3%B3rio_Ana%20Pena.pdf)
- Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Burkauskas, J., Slepecky, M., Bite, L., Krone, I., Sollar, T., & Juskiene, A. (2022). Managing transference and countertransference in cognitive behavioral supervision: theoretical framework and clinical application. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 2129-2155.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S369294>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. *Diário da República n.º 240/2021 – I Série*. Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Ribeiro, A. C. G. A. M. (2012). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)*.  
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ\\_Portuguese%28Portugal%29\\_p4-16full.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ_Portuguese%28Portugal%29_p4-16full.pdf)

- Rego, A. & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5), 68-75. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23469>
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management: What it is and how it can best be implemented. Inglaterra, Reino Unido: King's Fund. [https://commed.vcu.edu/IntroPH/Primary\\_Care/2012/case-management.pdf](https://commed.vcu.edu/IntroPH/Primary_Care/2012/case-management.pdf)
- Rossi, L., M., Marcolino, T. Q., Speranza, M & Cid, M. F. B. C. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
- Saarni, C. (2002). Competência Emocional: uma perspectiva evolutiva. In Baron R., Teixeira, M. (2005). *A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional*. Revista Sinais Vitais, 59, 52-54.
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). UCC Loures. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/935/30040/3111951/Pages/default.aspx>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. <https://core.ac.uk/download/pdf/233630915.pdf>
- Snel, E. (2019). *Senta-te Quietinho como uma Rã*. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina.
- Stanhope, V., Choy-Brown, M., Tiderington, E., Henwood, B. F., & Padgett, D. K. (2016). Case Manager Perspectives on the Role of Treatment in Supportive Housing for People with Severe Mental Illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(3), 507-525. <https://doi.org/10.1086/687986>
- Stein, C. H., & Craft, S. A. (2007). Case Managers' Experiences of Personal Growth: Learning from Consumers. *Community Mental Health Journal*, 43(2), 183-95. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9068-1>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups: Theory and practice*. Califórnia, Estados Unidos da América: Sage.
- Stokes, J., Kristensen, S. R., Checkland, K., & Bower, P. (2016). Effectiveness of multidisciplinary team case management: difference-indifferences analysis. *British Journal of Medicine Open*, 6, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010468>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health*. Maryland, Estados Unidos da América: Autor.
- Surendra, P., Singh, S., Chandra, U., & Kumar, P. (2023). Social Competency: A Theoretical Approach. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 14(6), 2331-2339. <https://doi.org/10.9756/INTJECSE/V14I6.296>
- Tahan, H. M., Kurland, M., & Baker, M. (2020). The Evolving Role of the Professional Case Manager - A National Study From the Commission for Case Manager Certification: Part 2. *Professional Case Management*, 25(4), 188-212. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000439>
- Teixeira, S., Sequeira, C., & Lluch, T. (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): Manual de Apoio*. Porto, Portugal: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Teodoro, T. P., & Afonso, P. (2020). Culture-Bound Syndromes and Cultural Concepts of Distress in Psychiatry. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 118-126. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.139>
- Teper, M. H., Vedel, I., Yang, X. Q., Margo-Dermer, E., & Hudon, C. (2020). Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Annals of Family Medicine*, 18(4), 355-363. <https://doi.org/10.1370/afm.2555>
- Toloi, M. D. C., Souza, R. M. (2015). Sociodrama temático: um procedimento de pesquisa. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 23(1), p. 14-22. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932015000100003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932015000100003)
- Veiga-Branco, A. (2004). *Competência Emocional*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Velloso, I. S. C., & Tizzoni, J. S. (2020). Critérios E Estratégias De Qualidade E Rigor Na Pesquisa Qualitativa. *Ciencia y Enfermería*, 6(28), 1-10. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-28.pdf>
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre, Brasil: Graflina Acessoria Gráfica e Editorial Lda. <https://pt.slideshare.net/slideshow/manual-de-psicoterapia-de-grupo-yalom-vinogradof-1pdfpdf/265669844#2>

Zsolnai, A. (2015). *Social and Emotional Competence*.  
<https://doi.org/10.14413/herj.2015.01.01>.

**ANEXOS**





## ANEXO 1

Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto (Dias et al., 2018).

Este questionário tem como objetivo compreender o que as pessoas pensam sobre questões de saúde mental.

As questões centram-se em aspetos tais como, o que é que já ouviu falar e o que pensa sobre este tipo de problemas, que recursos podem procurar para serem ajudadas, entre outros.

Pedimos-lhe agora alguns minutos para responder às perguntas que se seguem. Responda de forma sincera, sem se preocupar em responder "certo".

Agradecemos a sua colaboração.

Data: ___/___/___	
1 – Data de Nascimento ___/___/_____	2 – Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 – Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)/ União de facto
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)/ Separação de facto	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)
4 – Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra: _____	
5 – Concelho de Residência: _____	
6 – Habilitações literárias (Pode assinalar uma ou mais opções):	
<input type="checkbox"/> Ensino secundário	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Mestrado	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Doutoramento	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Outra	Por favor, especifique: _____
7- Profissão / Ocupação: _____	
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalhador-estudante	
7.1 Se <b>estudante</b> , indicar: curso: _____ ano: _____	
8 - Conhece alguém que tem ou teve um problema de saúde mental?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
8.1 Se sim, qual o problema de saúde mental? _____	
8.2 Qual a relação que tem com essa pessoa (selecione abaixo):	
<input type="checkbox"/> Familiar - Por favor, especifique a relação de parentesco: _____	
<input type="checkbox"/> Amigo(a)	
<input type="checkbox"/> Eu próprio(a)	
<input type="checkbox"/> Outro(a)	

Em seguida, vai encontrar várias afirmações com as quais pode, ou não, concordar.  
Para cada uma delas, indique o quanto concorda ou discorda, assinalando com uma cruz (X).

Exemplificando, uma pessoa que concorda muito com uma afirmação:

**As pessoas que praticam desporto com regularidade são mais saudáveis.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
				<b>X</b>

**1. A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**2. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**3. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (p. ex., podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**4. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria a ajuda de pessoas da minha família.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**5. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um psicólogo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**6. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**7. Dormir bem contribui para uma boa saúde mental.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**8. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**9. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**10. As pessoas com perturbação mental são de famílias com baixos recursos económicos.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**11. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu ouviria sem julgar ou criticar.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**12. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**13. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**14. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**15. Só os adultos têm perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**16. Alterações no funcionamento cerebral podem levar ao aparecimento de perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

17. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um médico psiquiatra.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

18. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria a ajuda de amigos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

19. Uma alimentação equilibrada contribui para uma boa saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

20. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

21. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu não poderia fazer nada para a ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

22. A duração dos sintomas é um dos critérios importantes para o diagnóstico de uma perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

23. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

24. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

25. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

26. Fazer algo que dê prazer contribui para uma boa saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

27. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

28. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

29. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um médico psiquiatra.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões. Muito obrigado pela sua colaboração.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>



## ANEXO 2

Pedido para Utilização do Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto (Dias et al., 2018).

 **Luísa Campos** -lucampos@ucoo.pt-  
para Pedro, Carlos, Irini, ...

11:46 (há 3 horas) ☆ ↶ ⋮

Cara Joana,  
Agradeço o seu interesse no nosso trabalho.  
Junto anexo o questionário LSViq-jovem adulto (Dias et al., 2018), bem como a versão reduzida LSViq-SViq (Campos et al., 2022), recentemente publicada, e que tem sido utilizada quer pelas suas propriedades psicométricas, quer pela brevidade na sua aplicação.  
Também anexo a base de dados do LSViq-SViq, para o caso de poder partilhar connosco os seus dados, com vista a integrarem a nossa base de dados nacional.  
Ao dispor,  
Cumprimentos,  
Luísa Campos

  
**CATOLICA**  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA  
PORTO

Faculdade de Educação e Psicologia  
Universidade Católica Portuguesa | Porto  
Rua de Diogo Botelho, 1327  
4169-005 Porto, Portugal  
Tel. +351 226 196 200  
Email: [lucampos@ucoo.pt](mailto:lucampos@ucoo.pt)  
[www.fep.porto.ucp.pt](http://www.fep.porto.ucp.pt)



## ANEXO 3

Certificado de Participação no 3º Encontro Regional de Lisboa do Programa +Contigo –  
Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários.



**REPÚBLICA PORTUGUESA**  
SAÚDE

**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**ARS**  
ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

**+Contigo**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que **Joana Sofia Peixoto Henrique** participou no **3º Encontro Regional de Lisboa do Programa Mais Contigo**

– **Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários**, com a duração de 8 horas, organizado pela

ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnFC, no dia 7 de fevereiro de 2024, no Centro Cultural Olga Cadaval em Sintra.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública



(Dr. João Pedro Pimentel)



## ANEXO 4

Certificado de Participação no Webinar “Intervenções de Enfermagem nas Famílias de Hoje...”.

### CERTIFICADO

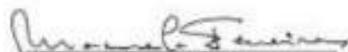
Certifica-se que **Joana Henrique** participou no Webinar “**Intervenções de Enfermagem nas Famílias de Hoje ...**”, organizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, que se realizou on-line na plataforma colibri/zoom, no dia 29 de janeiro de 2024, entre as 9:00 e as 13:00 horas.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.*

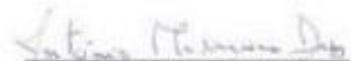
*Total de horas de formação: 4 (quatro) horas*

Viseu, 31 de janeiro de 2024

A Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu,

  
Prof. Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do  
Conselho Técnico-Científico,

  
Prof. Doutor António Madureira Dias



## ANEXO 5

### “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (Ribeiro, 2012).

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança \_\_\_\_\_ Masculino/Feminino

Data de nascimento \_\_\_\_\_

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lata frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refila frequentemente com os adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ser mau/má para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Mãe/Pai/Outro/ Educador/Educador da educação especial/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

Ribeiro, A. C. G. A. M. (2012). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Port)*.  
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ\\_Portuguese%28Portugal%29\\_p4-16full.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ_Portuguese%28Portugal%29_p4-16full.pdf)

## ANEXO 6

“Questionário de Capacidades e Dificuldades – Follow-Up” (Ribeiro, 2012).

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que poder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responde com base no comportamento do seu filho / da sua filha **no último mês**.

Nome da criança \_\_\_\_\_ Masculino/Feminino

Data de nascimento \_\_\_\_\_

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (gulseirimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflete frequentemente com os adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podem ser mau/má para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

**Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado**

Desde que frequenta o tratamento, os problemas do seu filho/da sua filha:

Pioraram muito	Pioraram	Mantêm-se	Melhoraram	Melhoraram muito
<input type="checkbox"/>				

Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

© Roberto Gonçalves, 2012

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Ribeiro, A. C. G. A. M. (2012). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Port)*. [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ\\_Portuguese%28Portugal%29\\_p4-16full.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5157/22/SDQ_Portuguese%28Portugal%29_p4-16full.pdf)

## ANEXO 7

Certificado de Participação no XX Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia -  
“Prevenção do Suicídio – Criar Esperança Através da Ação”.



SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA

# DIPLOMA

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

**JOANA SOFIA PEIXOTO HENRIQUE**

Participou no **XX SIMPÓSIO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA** subordinado ao tema **“PREVENÇÃO DO SUICÍDIO – CRIAR ESPERANÇA ATRAVÉS DA AÇÃO”** – realizado nos dias 11, 12 e 13 de Abril de 2024, na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 13 de Abril de 2024

A Presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Dra. Inês Areal Rothes





## ANEXO 8

Certificado de Participação no *Workshop* “Avaliação e Gestão do Risco de Suicídio”.



SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA

# DIPLOMA

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

**JOANA SOFIA PEIXOTO HENRIQUE**

Participou no Workshop “Avaliação e gestão do risco de suicídio” inserido no

**XX SIMPÓSIO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA**  
subordinado ao tema “**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO – CRIAR ESPERANÇA**”

**ATRAVÉS DA AÇÃO** – realizado nos dias 11, 12 e 13 de Abril de 2024, na Escola  
Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 13 de Abril de 2024

A Presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Dra. Inês Areal Rotheres





## ANEXO 9

Certificado de Participação no *Workshop* “Dança e Movimento”.



# CERTIFICADO

Certifica-se que no dia 17 de abril de 2024, Joana Sofia Peixoto Henrique participou no *Workshop* Dança e Movimento realizado no âmbito do **Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2024 - Tempos de Crise – Ameaças e Oportunidades para a Saúde Mental**, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Professora Doutora Carla Nascimento



## ANEXO 10

### Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde : Enfermagem.

#### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

**Parecer n.º P1035\_04\_2024**

**Título do Projeto:**

A perceção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica como gestor de caso na equipa comunitária de saúde mental da infância e adolescência.

**Identificação das Proponentes:**Nome(s):

Joana Sofia Peixoto Henrique  
Professor Doutor António Nabais

Filiação Institucional:

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Estágio Final com Relatório

Investigador Responsável:

Joana Sofia Peixoto Henrique

Orientadores:

Professor Doutor António Nabais

**Relator:**

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

**Parecer**

Referem os proponentes que a prática baseada na evidência tem destacado o modelo do gestor de caso, enquanto modelo de gestão de cuidados ao nível da saúde mental. Em Portugal, mencionam o Plano Nacional de Saúde Mental, no qual o modelo de gestão de casos se encontra subjacente ao funcionamento das equipas comunitárias de saúde mental.

Ao nível da enfermagem, o gestor de caso é designado de enfermeiro de referência, e prima pelo acompanhamento individualizado e personalizado à pessoa e família, sendo reconhecido ao nível da saúde mental dos adolescentes e respetivas famílias pela relação de confiança que se estabelece.

A escassez de estudos que explorem a perceção do enfermeiro de referência sobre a metodologia de gestor de caso aplicada ao contexto comunitário da área de psiquiatria da infância e adolescência, justificam a realização do estudo que propõem.

Trata-se de um estudo qualitativo, de carácter descritivo e exploratório, que tem como objetivos: conhecer a perceção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sobre a metodologia de gestor de caso no contexto comunitário da área de psiquiatria da infância e adolescência; identificar as barreiras e facilitadores da implementação da metodologia de gestor de caso ao nível das equipas comunitárias em saúde mental.

A amostra é intencional por casos tipo, composto por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que exerçam funções em equipas comunitárias da área de psiquiatria da infância e adolescência em Lisboa, Coimbra e Porto.

Será realizado um contacto prévio pelos investigadores com os potenciais participantes para convite a participar no estudo, disponibilização do formulário de consentimento informado e agendamento de entrevista.

**COMISSÃO DE ÉTICA**  
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

A colheita de dados será através de entrevista individual, realizada presencialmente ou por meios telemáticos, conforme preferência do participante, estando expressa a garantia de que não será realizada a captação de qualquer imagem ou a gravação de qualquer vídeo.

As questões éticas da voluntariedade de participação e o consentimento informado e esclarecido, estão salvaguardadas através da assinatura de documentos apresentados a todos os participantes, no qual constam a identificação e descrição clara do estudo, a natureza da participação solicitada e menção à áudio gravação da entrevista, garantia de anonimato, confidencialidade e as medidas de proteção dos dados, e o seu uso. Apresenta os contatos, endereço eletrónico e telefónico, dos investigadores.

Está previsto o início da colheita de dados para o mês de maio de 2024 e fim em julho de 2024, devendo ajustar-se à data de emissão deste parecer.

Não são previstos quaisquer danos, riscos ou benefícios para os participantes.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator:

Assinado por: **Maria Maria Andrade Marques da Conceição e Neves**  
Num. de Identificação: 04421986

Data: 12/06/2024      A Presidente da Comissão de Ética:

Assinado por: **Maria Filomena Rabaça Roque Botelho**  
Num. de Identificação: 04135035



## APÊNDICES



# APÊNDICE 1

## Estudo de Caso 1



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM - SERVIÇO PARTILHADO PARA  
ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS**

**ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Joana Sofia Peixoto Henrique

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 da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Anabela Moura e orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro.

Coimbra, 2023

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida na estrutura curricular do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, procedeu-se à elaboração de um caso clínico, compreendido no período de 23 de outubro de 2023 a 15 de dezembro de 2023, em contexto hospitalar, no Serviço Partilhado para Adolescentes e Jovens Adultos, através do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Um estudo de caso clínico apresenta-se como uma abordagem metodológica de investigação que visa dar resposta à compreensão, exploração e descrição de acontecimentos e contextos complexos (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Para o efeito, foi identificado um utente cujo motivo de internamento correspondesse a um desafio potenciador do meu crescimento pessoal e profissional, procurando o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Assim, e tendo sido previamente identificada a disponibilidade para a participação no presente estudo, foi selecionado o Sr. A..

Posteriormente, procedeu-se à realização de um momento formal de proposta para a participação no estudo, evidenciando-se os objetivos gerais e específicos do mesmo. Este momento contemplou a translação de informações, nomeadamente ao nível do anonimato e proteção de dados, e validação do consentimento informado do utente, prevendo-se dar resposta aos valores da Enfermagem e da Deontologia Profissional. Cumprindo os pressupostos da metodologia utilizada, procedeu-se a sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação proveniente das diversas fontes (Yin, 2010), sendo que, para o efeito, foi utilizada a pesquisa documental, observação do utente e recurso a entrevistas semiestruturadas, visando uma análise do todo e permitindo comparação e validação de dados, como uma estratégia de validação (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

O presente documento apresenta-se estruturado em nove partes, nomeadamente, a primeira, que consiste na identificação dos dados demográficos, a segunda onde será descrito o motivo de internamento, a terceira, onde será relatada a história do desenvolvimento pessoal e familiar, a quarta onde será descrita a história psiquiátrica e antecedentes de saúde-doença, a quinta onde é evidenciado o exame do estado mental, a sexta onde se apresenta a caracterização da situação clínica, a sétima onde é abordado o raciocínio clínico, o oitavo onde se apresenta o plano de cuidados, e por fim, o nono, onde

são apresentadas as considerações finais. Ressalva-se que o presente documento teve por base o Guia Orientador do Estágio de EESMP e as Normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição.

### **1. DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA**

Identificação: SR. A.; Sexo: masculino; Género: Masculino; Idade: 22 anos; Estado Civil: solteiro; Nacionalidade portuguesa; Residência: Lourinhã.

### **2. MOTIVO DE INTERNAMENTO**

Tentativa de suicídio por enforcamento no domicílio (encontrado pela mãe que contacta os serviços de emergência médica), a 15/09, com mandato de condução emitido pelo delegado de saúde e com informação da equipa de psiquiatria que o acompanhava em consulta. O Sr. A. é acompanhado pela pedopsiquiatria desde 2018, por quadro de isolamento e ideação suicida estruturada. Desde fevereiro de 2023 frequenta a consulta de psiquiatria e grupo de prevenção do suicídio, do Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

### **3. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR**

A presente história teve como base uma intervenção psicoterapêutica de construção e estruturação de uma linha cronológica reflexiva da sua história e narrativa de vida, que em apêndice apresento (**Apêndice I**).

Nascido em 2001, vivia com ambos os pais, tem uma memória de infância que destaca “estava num berço, é uma memória da minha infância que não sei o que significa” [sic]. Caracteriza a sua infância como “era uma infância feliz, os meus avós iam à escola comigo” [sic]. Tinha um grupo de amigos com os quais “jogava à bola ao berlinde” [sic]. Aos dez anos o “avô” materno (padrasto da mãe) morreu devido a uma complicação secundária a diabetes tipo II. Este foi o momento mais triste da sua vida que se lembra, destacando-se como o fator precipitante do início da sintomatologia de tristeza mantida e de isolamento para com os pares. Após este momento não se lembra de mais nenhum período de felicidade, refere que foi o fase onde tudo começou a piorar, evidenciando-se um “desgaste” [sic] mantido. Nesta altura tinha dez anos, e relata que foi o ano mais triste da sua vida, e foi também quando se apercebeu que começava a chorar com mais facilidade. Recordar-se que nesta altura ia à escola sempre com uma ansiedade marcada, “começava a ficar nervoso, suava, doía-me a barriga, não queria sair de casa” [sic]. Refere

que falava com a mãe sobre isso, mas percecionava que nada faziam nada sobre o assunto. Só alguns anos mais tarde (não consegue especificar) descobriu que a mãe tinha tentado falar com a diretora da escola sobre a situação e o *bullying* psicológico que vivenciava, mas a situação não foi valorizada pela diretora. Começou a isolar-se cada vez mais dos pares, destacando que se encostava a uma máquina de snacks e “esperava não ser visto pelos colegas, mas tinha alguns amigos que iam ter comigo, mas nenhum esteve lá” [sic] quando ele precisou. Esta situação foi notada pelos professores que foram falar com a diretora da escola e com a sua mãe, tendo sido referido que iriam encaminhar a situação para a pedopsiquiatria, mas sente que “ninguém se importou e a situação parou por ali” [sic].

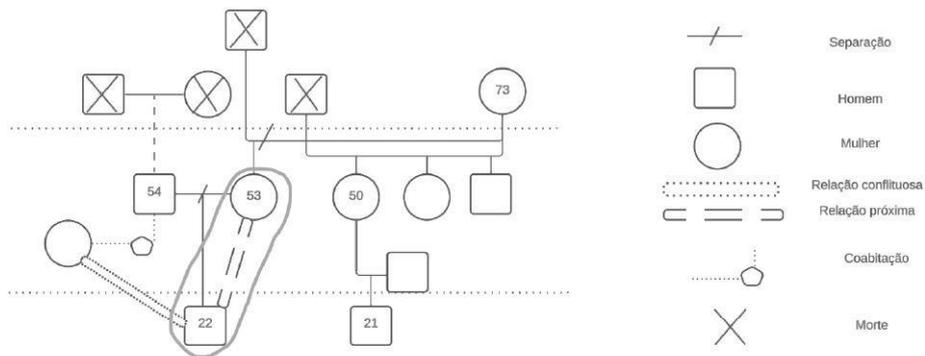
A primeira tentativa de suicídio dá-se no décimo ano, um ano de grande acumular de “desgaste” [sic], sentia-se “cansado” [sic]. Refere foi com “um cordel, que arranjei em casa, foi a minha mãe que me encontrou” [sic] que realizou esta primeira tentativa. Já tinha pensado em terminar a sua vida desde a morte do seu avô, sentindo que esta foi uma ideia que foi desenvolvida e estruturada ao longo dos anos. Foi no décimo ano que, após uma discussão na escola, onde os seus pares começaram a ser “maus” [sic] e foi gerada uma “grande discussão” [sic], que chegou a casa e sentiu que “já chegava, que é sempre tudo igual e volta sempre ao mesmo, as pessoas não são as mesmas, mas as situações são, são sempre maus, respondem-me sempre mal” [sic].

Após este momento voltou à escola, sendo que desta fase tudo o que se lembra é “dos professores aos gritos” [sic] e aquilo que devia ser um ambiente protetor era um ambiente “stressante, angustiante” [sic]. Refere que manteve uma ideiação suicida constante, desenvolvendo e estruturado o plano de suicídio (“tentei suicidar-me algumas vezes, começava, mas não fazia mesmo, não sempre, mas pensei nisso” [sic]). Foi também neste período que o “avô paterno” faleceu (septicémia após uma procedimento cirúrgico) e um ano depois a “avó paterna” faleceu (“num lar, com alzheimer” [sic]). Refere uma relação mais distante com estes avós, pais adotivos do seu pai. Não foi ao velório ou ao funeral deles, porque “também eu não estava bem, não tinha força” [sic].

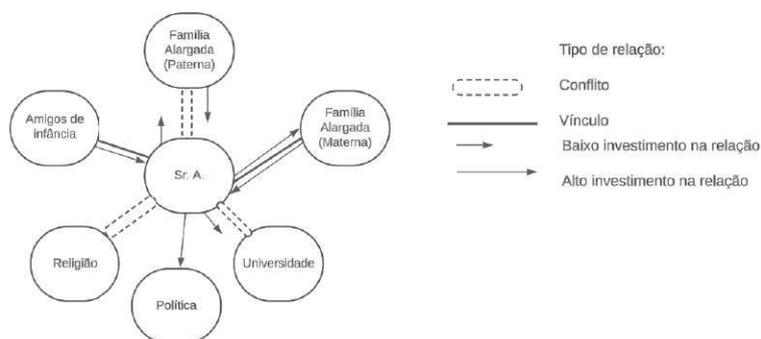
Ao longo destes anos os pais começaram a afastar-se, acabando “o meu pai a trair a minha mãe, eu falo com ele, mas não falo disso” [sic], refere que tem uma relação com o pai que é “boa” [sic], com alguma proximidade, mas uma abordagem de distanciamento devido ao afastamento gradual, refere que “o meu pai vive com a outra mulher, mas eu não falo

com ela, nem quero falar” [sic]. A mãe manteve-se solteira, sendo que em 2022 o seu pai saiu de casa e o Sr. A. passou a viver apenas com a mãe. Em 2019, a mãe, já diagnosticada com “depressão”, iniciou um quadro de consumos alcoólicos e em 2022 fez uma tentativa de suicídio “ela tomou muitos comprimidos e adormeceu, fui eu que a vi, liguei logo ao meu pai, ele disse para tentar acordá-la mas ela não se mexia, eu desliguei logo e liguei para o 112” [sic], quando questionado como se sentiu refere que “senti uma culpa, tristeza enorme, ela começou a ir muito à igreja este ano, acha que eu sou assim porque não me batizou, sente uma culpa muito grande” [sic]. É acompanhada no CHO desde o início dos consumos. Refere que a avó materna também tinha “depressão se me lembro” [sic].

No que concerne à terceira tentativa de suicídio e atual motivo de internamento, refere que “lembro-me perfeitamente deste dia, porque nunca perdi a noção, juntei duas calças e dei um nó com força, tenho um guarda-fato no quarto que tem no meio um pilar, e tentei prender nesse pilar as calças, não fiz com corda porque não tinha, e foi a minha mãe que me viu, agarrou-me nas pernas quando me viu e ligou para o 112” [sic]. Este episódio terá advindo dois dias após reiniciar a faculdade, referindo que “voltou tudo a acontecer, parece que algo vai mudar mas nunca muda, nunca nada muda” [sic]. Refere que a palavra que o caracteriza é “incapaz” porque “não consigo comunicar, com ninguém” [sic]. Refere ser ateu. Como “escape” [sic]/atividades recreativas, refere “ler e jogar” [sic] e grande interesse político. Contextualizando através de uma representação gráfica da família através do Genograma, seguida do Ecomapa familiar, junto apresento:



*Genograma familiar*



*Ecomapa familiar*

#### 4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES DE SAÚDE-DOENÇA

No que concerne a **antecedentes pessoais** nega patologias, procedimentos médico-cirúrgicos de relevo ou consumos de tabaco, álcool ou drogas. No que concerne a **antecedentes familiares** destaca-se a mãe, com diagnóstico de depressão, consumos alcoólicos desde 2020 e uma tentativa de suicídio em 2022. É seguida em Psiquiatria pelo Centro Hospitalar do Oeste desde 2022. Referida também a avó materna com diagnóstico de depressão.

Tendo em conta os relatos do Sr. A., existe referência a sintomatologia depressiva desde os 10 anos de idade, tendo o início da sintomatologia ter sido precipitada pela morte do “avô” materno (padrasto da mãe). Apresenta história de duas tentativas de suicídio prévio, com recurso ao enforcamento por considerar a “forma mais limpa de morrer” [sic] por “não gostar de sangue” [sic]. Ambas as tentativas resultaram num quadro de internamento, e tiveram como fator precipitante o início de um momento escolar, designadamente, início do ano letivo ao nível do ensino secundário e ensino superior (“não consigo, eu tento e não consigo, da primeira vez foi uma discussão, grande, da segunda, estive duas semanas e não aguentei mais (...) é um desgaste, são os gritos, não aguentei” [sic]). O Sr. A. refere que a primeira tentativa de suicídio, com recurso a corda, tinha sido pensada e estruturada durante cinco anos, neste altura afirma que a pressão dos pares foi um fator determinante, porém, refere que “não dava sinais” [sic], pelo que a família não teria conhecimento da evolução do quadro. Foi entre a primeira e a segunda tentativa que os sinais começaram a ser mais evidentes, referindo um progressivo abandono escolar “no décimo ano comecei a faltar um pouco, no décimo primeiro faltei

um pouco mais, e no décimo segundo cheguei a ficar duas semanas em casa, mas depois os meus colegas chegaram a ir a minha casa, e foi isso que me fez terminar a escola” [sic]. Ainda com este quadro progressivo latente, ingressou na Faculdade, curso de História, onde permaneceu por duas semanas, momento onde realiza a segunda tentativa, também por enforcamento, com recurso a corda. Destaca-se que entre a segunda e a terceira tentativa de suicídio o Sr. A. refere que “não tenho noção espacial, do que aconteceu ou como, eu ficava no meu quarto e não fazia mais nada” [sic], evidenciando-se um quadro simultâneo de abandono escolar e alterações ao nível do autocuidado (“deixei de sair, saia raramente para tomar banho” [sic]). Refere ainda que neste período não seguia um regime terapêutico, quer medicamentoso, que tinha prescrito (paroxetina, 2 mg, ao deitar, mirtazapina, 30 mg ao deitar e carirazina, 1,5 mg ao deitar), quer ao nível de intervenções psicoterapêuticas. Ao longo do atual internamento demonstrou uma progressão de ideação suicida estruturada presente, para ausente. Ao nível do plano terapêutico observou-se uma relutância em aderir ao Hospital de Dia, fator condicionante do seu processo de alta, no entanto, por ser um projeto a cumprir após a alta, e devido à distância existente entre o domicílio e o mesmo, apresenta relutância. Observa-se o cumprimento do regime medicamentoso, demonstrando atualmente conhecimento sobre a farmacologia prescrita e interesse em seguir o mesmo.

Face ao relato do Sr. A., identificam-se como **fatores de risco**: história de tentativas anteriores de suicídio, sentimento de “desgaste” e desesperança, por vezes relatado, história familiar de tentativa de suicídio (mãe), consumos alcoólicos por parte da mãe e família monoparental (divórcio com separação física, em termos de habitação, no início do ano 2023). Como **fatores protetores** destacam-se: receptividade a novas aprendizagens e experiências sociorecreativas, interesse pela política, natureza e leitura (sobretudo ao nível de livros sobre a história da génese familiar).

## 5. EXAME DO ESTADO MENTAL

O presente exame do estado mental foi realizado a cinco de novembro de 2023, com recurso a um guião previamente elaborado (**Apêndice II**), fundamentado pelo livro “Exame Psiquiátrico do Estado Mental” de Trzepak e Baker (2002).

**Aspeto geral, atitudes e resposta ao contacto:** Aspeto descuidado (barba comprida, unhas grandes), higiene cuidada, forma de vestir adequada, idade aparente superior à idade real, postura relaxada, contacto sintónico. Durante a entrevista manteve-se sentado,

postura vertical e mãos relaxadas nas pernas. Estabelece contacto visual, retirando-o apenas quando questionado sobre os acontecimentos da sua infância. Atitude colaborante. Expressão facial neutra.

**Consciência:** vigília normal, sem sonolência, clareza da consciência.

**Atenção:** sem alterações da atenção

**Orientação:** orientado auto e alopsíquicamente.

**Memória:** apresenta alterações da memória episódica entre 2019 e 2023.

**Perceção:** sem alterações ao nível da perceção.

**Linguagem e discurso:** sem alterações, tom de voz calmo, vocabulário simples e estruturado, discurso organizado e coerente. Sem espontaneidade, contudo, articula respostas elaboradas às questões elaboradas.

**Pensamento:** curso: sem alterações; ritmo: circunstancial, forma: sem alterações, posse: sem alterações; e do conteúdo: sem alterações. Na presente entrevista não se validou ideação suicida.

**Humor, afetos e emoções:** humor deprimido, concordante com verbalização do próprio, com emoções congruentes, mas móveis e de amplitude aumentada dado que no seu geral são de apatia, embora com períodos em que apresenta fâcies mais expressivo e sorridente, para depois voltar a um estado de menor expressividade emocional. Apresenta diminuição da interação social, no entanto, durante o interesse demonstra interesse na participação das atividades dinamizadas pela equipa de enfermagem e terapeuta ocupacional, embora pouco comunicativo durante as mesmas. Emoções coincidentes com a realidade. Face à presente situação clínica, procurei avaliar a autoestima do Sr. A. cm recurso à escala de Autoestima de Roserberg (**Apêndice III**), obtendo uma pontuação de 14, indicativo de uma autoestima muito baixa, ao nível de ansiedade e depressão, recorri à Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (HADS) (**Apêndice IV**), obtendo uma pontuação de 16, atribuindo o valor qualitativo de provável, e, ao nível específico da depressão, recorri à Escala de Depressão de Beck-II (**Apêndice V**), obtendo uma pontuação de 37, depressão severa.

**Motricidade:** sem alterações a nível da motricidade, ativo, postura descontrainda.

**Energia vital, vontade e impulsividade:** atualmente sem ideação suicida estruturada.

**Vida instintiva:** Não apresenta alterações ao nível do sono, quer a nível da quantidade quer da qualidade. Sem alterações do comportamento alimentar. Apresenta desinteresse pelo relacionamento sexual.

**Insight e juízo crítico:** Demonstra conhecimento sobre a patologia depressiva e insight preservado. Atualmente com juízo crítico face à necessidade de frequentar o Hospital de dia e desenvolver estratégias que o capacitem a lidar com a doença.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

A saúde mental caracteriza-se como um fenômeno de relevo para a enfermagem, requerendo por si uma visão fundamentada nas teorias de enfermagem (Bittencourt, Marques & Barroso, 2018). Face à presente situação, considere de maior pertinência o recurso à Teoria das Transições de Afaf Meleis, que destaca as várias transições que o sujeito passa durante a vida, evidenciando o papel do enfermeiro como diferenciador na identificação destes momentos, tornando-os mais saudáveis (Bittencourt, Marques & Barroso, 2018), e ao *Tidal Model*, uma teoria que tem como foco a colocação da pessoa alvo de cuidados, e a sua experiência com a patologia mental e respetivas angústias, como foco dos cuidados (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O Sr. A. encontra-se numa fase de transição para a vida adulta, encontrando-se num período de grande fragilidade e construção da sua identidade pessoal (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2003). Segundo Meleis, Sawyer, Messias e Schumacher (2000) identificam-se quatro tipos de transições, designadamente: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais, sendo que estas podem ocorrer em simultâneo conferindo uma maior vulnerabilidade à pessoa. Na situação em estudo, identifica-se que o Sr. A. se encontra a vivenciar duas transições, desenvolvimental e de saúde-doença. As transições desenvolvimentais abrangem os processos de maturação desde o nascimento até à morte e as transições de saúde-doença incluem as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente. O Sr. A. encontra-se na transição da adolescência para a vida adulta, sendo esta uma mudança que exige por si uma transição da identidade, papel, relações, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função e dinâmica (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000). Observa-se que o processo de transição não se encontra completo pois o Sr. A. não atingiu a estabilidade associada ao novo estado, pós mudança. Já as transições de saúde-doença caracterizam-se como a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, e identificam-se no Sr. A. como o declínio do estado de saúde, atingindo um estado agudo de doença, que impossibilitou a permanência escolar. Destaca-se que esta transição no jovem adulto exige a mobilização de recursos e

estratégias para lidar com a transição que está a viver, sendo esta precisamente uma fragilidade do estágio de desenvolvimento onde se encontra (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000). Esta teoria permite ao enfermeiro refletir sobre o seu papel diferencial no processo transicional da pessoa, visando o alcance da estabilidade após mudança.

Num segundo momento reflete-se sobre o presente caso à luz do *Tidal Model*, um modelo holístico de cuidados que promove o “*self-management*”(autogestão) e a recuperação da pessoa, enquanto agente ativo de mudança (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Este modelo reflete sobre a falsa crença de que tudo dura e reforçando que o descrédito da durabilidade do “tudo” será a maior realidade que poderemos vivenciar (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Mas não só devemos reconhecer os inúmeros processos de mudança que vivenciamos como momentos passageiros, como devemos reconhecer que os momentos de “crise” são na verdade os momentos ideais à intervenção, sendo os momentos chave para a mudança refletida e pensada, sempre na perspetiva da pessoa do eu (Barker & Buchanan-Barker, 2005). O autor reflete ainda sobre uma ideia que destaco e reflito na perspetiva do EESMP, ninguém melhor do que o próprio poderá reconhecer, identificar e exprimir a vivência da patologia, pelo que o papel chave ao nível da intervenção deverá ter em conta esta premissa, focando o alcance de um caminho intermédio, entre as expectativas da pessoa, e as minhas expectativas enquanto profissional. Este modelo apresenta três domínios, o domínio do “eu”, dos “outros” e do “mundo”. E, prévia à apresentação do raciocínio clínico com base neste modelo, destaco uma breve análise com base nos domínios referidos.

Uma vez que o Sr. A. apresentou um quadro de tentativa de suicídio, apresentando-se como um risco à sua integridade, a intervenção deverá iniciar-se no domínio do “eu” (Barker & Buchanan Barker, 2010). Analisa-se que este primeiro domínio evidencia a necessidade de conferir segurança ao Sr. A., devendo valorizar-se a interação e comunicação, estabelecendo um vínculo entre o profissional e a pessoa (Lima et al., 2022). No entanto, deverá num segundo momento intervir-se na fase do “Mundo”, onde o Sr. A. deverá realizar uma avaliação holística a partir da sua própria história, procurando compreender as suas experiências e significados (Lima et al., 2022). Neste segundo momento, o Sr.A. deverá assim compreender os momentos significativos por si narrados, desde o impacto do falecimento do seu avô (figura significativa), à existência da

reestruturação familiar (separação física e amorosa dos seus pais, erguendo-se uma família monoparental), à experiência escolar (tentativas de suicídio coincidem com períodos de início escolar, com exposição a um grupo de pares).

## 7. RACIOCÍNIO CLÍNICO

Alicerçado aos modelos previamente identificados, segue-se a fundamentação da decisão clínica, com identificação dos focos, diagnósticos e intervenções especializadas do EESMP. Face ao período transicional do Sr. A. analisa-se que a transição para a vida adulta se encontra marcada por sentimentos de tristeza e ansiedade, alinhados com uma baixa autoestima, quadro potenciado por um contexto escolar de *bullying*. Alinhado encontra-se uma rede suporte familiar com fragilidades marcadas pela depressão da mãe, tentativa de suicídio da mesma e consumos alcoólicos. No entanto, e com alusão direta à transição saúde-doença, ao longo do internamento o Sr. A. demonstrou potencial para a gestão da sua terapêutica, existindo no entanto a falsa crença por parte do mesmo no que concerne à importância do seguimento em contexto de Hospital de dia, visando a realização de intervenções psicoeducativas e psicoterapêutica, pelo que esta deverá ser uma área a ser desenvolvida através de intervenções psicoeducativas referentes ao potencial de melhoria associado a estas estratégias.

Num segundo momento, e conforme anteriormente descrito, procurou-se analisar o Sr. A. com base no *Tidal Model*, pelo que foram colocadas quatro questões principais ao mesmo durante as entrevistas realizadas, enfatizado a centralidade na pessoa, designadamente, “*Why This- Why Now*” (*Porquê isto-Porquê agora?*), “*What works*” (*O que funciona*), “*what is the person’s personal theory?*” (*Qual é a teoria da pessoa?*) e “*How to limit restrictions?*” (*Como limitar restrições?*).

À primeira questão, refere-se que o Sr. A. apresentou a tentativa de suicídio agora por ter reiniciado a faculdade, tendo este sido o fator precipitante, associado aos fatores predisponentes, de depressão e ansiedade, relacionado com a baixa mobilização de recursos pessoais para enfrentar situações de interação social, devendo esta ser uma área a trabalhar com o Sr. A. visando a “resolução” do problema principal. Face à segunda questão, foi questionado ao Sr. A. que estratégias ele considera que poderiam ser úteis, no entanto, não as conseguiu verbalizar, pelo que procedi à identificação das atividades recreativas que prefere e tentamos compreender que estratégias poderiam ser úteis. Neste

sentido, compreendemos que a leitura e, consecutivamente a escrita, poderá ser uma estratégia útil, pelo que foram realizados dois momentos formais, com o teatro como mediador, de simulação de situações onde estariam muitas pessoas desconhecidas, e foi solicitada a escrita das emoções e pensamentos associados, permitindo o redirecionar do foco do pensamento e clarificação dos pensamentos emergentes. Face à terceira questão, analisa-se que para o Sr. A o problema surgiu porque “é um desgaste, ter de falar com pessoas estranhas, ter de as enfrentar” [sic], associado ao contexto de *bullying* que vivera durante a sua infância e à sua perceção de uma rede de apoio social com fragilidades, apresentando um grupo reduzido de amigos, e sendo estes pouco presentes, relação conflituosa com os professores, e uma mãe portadora de patologia depressiva e consumos alcoólicos, associados a sentimentos de aparente culpa. Face à última questão, é crucial referir que ela se refere ao mínimo que o profissional pode fazer, e ao máximo que o Sr. A. pode fazer, no processo de recuperação, pelo que se enfatiza a realização de intervenções de psicoeducação, que visem a capacitação do Sr. A. nas necessidades emergentes no contacto direto, nomeadamente ao nível das características da autoestima e das estratégias de *coping*, e psicoterapêuticas e socioterapêuticas, visando a participação ativa do Sr. A. em atividades que potenciem as suas competências, incentivem a reflexão crítica, e originem a mudança. Por fim, destaco que este modelo permite a reflexão, com base nos domínios e competências profissionais específicos da área da Saúde Mental e Psiquiatria, de um conjunto de atividades de enfermagem de imprescindível relevância, designadamente:

---

Realizar escuta ativa

---

Incentivar o Sr. A. a escrever as queixas e registar a sua história com as suas próprias palavras

---

Apoiar o Sr. A. para se expressar sempre na sua própria linguagem

---

Estimular o Sr. A. na expressão das suas experiências particulares, através do uso de histórias pessoais

---

Preparar para aprender com o Sr. A. sobre o que pode ser feito para melhorar a sua situação de saúde, desenvolvendo um plano de cuidados conjunto

---

Identificar, com o Sr. A. os problemas a ser resolvidos e a melhor forma de os resolver

---

Ajudar o Sr. A. a perceber o que funciona e o que não funciona no seu cuidado

---

Ajudar o Sr. A. a reconhecer quem o poderá ajudar na resolução de problemas

---

Colaborar com o Sr. A. na identificação do que representa dar um passo adiante para resolver ou afastar o seu problema

---

Apoiar o Sr. A. na identificação do próximo passo para o futuro

---

Concessionar tempo ao Sr. A. tempo para satisfação das suas necessidades específicas

---

Valorizar o tempo, para que o Sr. A. perceba o cuidado que está a ser empenhado para as suas necessidades
Solicitar esclarecimento de detalhes da história do Sr. A., sempre que necessário, para melhor compreensão
Disponibilizar ajuda ao Sr. A.
Apoiar o Sr. A. a desenvolver consciência sobre mudança nos pensamentos, sentimentos ou ações
Colaborar para que o Sr. A. identifique os seus pontos fortes e fracos
Reforçar o desenvolvimento de autoconfiança e capacidade de autoajuda do Sr. A.
Garantir ao Sr. A. que ele fará parte de todo o processo de cuidado
Disponibilização de segurança de que o Sr. A. receberá uma cópia, se solicitar, de todos os documentos de avaliação e plano de cuidados

Após a análise realizada, urge referir quais os diagnósticos dominantes e taxonomia utilizada. Assim, destaco que a presente análise foi realizada com recurso à taxonomia NANDA *International* (*North American Nursing Diagnosis Association*) as intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e os resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Diagnósticos identificados segundo NANDA-I:

- a) Risco de suicídio, *relacionado* com o *bullying* e *coping* ineficaz, *manifestado* por tentativas de suicídio prévias.
- b) Ansiedade *relacionada* com absentismo escolar, dificuldade na interação com os pares e professores e atual internamento, *manifestada* por verbalização do próprio “só de saber que vou estar num ambiente novo fico ansioso, dá-me a volta a barriga, começo a suar e custa-me” [sic];
- c) Tristeza crónica *relacionada* com estado de saúde da mãe e sentimento de culpa associado, *manifestada* por verbalização do próprio (“não consigo nos momentos difíceis perceber com ficar melhor, é uma tristeza que fica” [sic]);
- d) Disposição para melhorar o *coping* individual *relacionado* com integração do passado (verbalizado por “mas isso foi no passado e tenho de tentar olhar em frente” [sic]) e no controlo da impulsividade, *manifestado* pela verbalização dos sentimentos e recurso a estratégia de relaxamento aquando de situações percecionadas pelo próprio como negativas (heteroagressividade não intencional de um utente internado face a si);
- e) Baixa autoestima crónica *relacionada* com *bullying* ao longo da sua infância, dificuldade na comunicação com os pares, frustração pela não adaptação ao

contexto escolar e ausência de capacidade de ultrapassar as dificuldades identificadas pelo mesmo, *manifestado* na verbalização do próprio “a minha autoestima não é a melhor, porque tudo se repete e não consigo sentir-me bom o suficiente” [sic];

- f) Interação social prejudicada *relacionada* com desconforto e situações de socialização e interação disfuncional com os pares em contexto escolar, *manifestado* por verbalização do mesmo de ansiedade associada ao conhecimento de pares em contexto escolar;
- g) Processo familiar disfuncional *relacionado* com internamento da mãe por consumo alcoólico e tentativa de suicídio por sentimento de culpa face ao quadro clínico do filho, separação dos pais e afastamento físico dele, mantendo contacto superficial (vive com a mãe mas pai visita às vezes), *manifestado* por falta de diálogo com o pai e relação de dependência com a mãe;
- h) Disposição para o controlo da saúde melhorado manifestado pelo desejo de melhorar o controlo dos regimes prescritos (verbalizado pelo próprio: “Eu vou aderir ao hospital de dia e vou conseguir fazer os planos” [sic]).

Como **objetivos gerais** as intervenções visaram: possibilitar a expressão de emoções, aprender a gerir emoções, diminuir a tristeza e ansiedade, aumentar a autoestima, ensinar estratégias de lidar com o *bullying* em contexto escolar, promover o envolvimento da família e motivar para o plano terapêutico.

## 8. PLANO DE CUIDADOS

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	7/11	Risco de suicídio, <i>relacionado</i> com o <i>bullying</i> e <i>coping</i> ineficaz <i>manifestado</i> por tentativas de suicídio prévias
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC)
31/10	7/11	a)Determinação da presença e grau de risco de suicídio
31/10	7/11	a)Envolvimento do utente no planeamento do seu tratamento
31/10	7/11	a)Administração medicação para reduzir a ansiedade, agitação ou psicose e estabilizar o humor, sempre que necessário
31/10	7/11	a)Encorajar o utente a estabelecer uma rede de suporte emocional
31/10	7/11	a)Facilitação do trabalho do utente relacionado com a culpa
31/10	7/11	a)Informar sobre os recursos da comunidade e outros programas disponíveis
31/10	7/11	a)Incentivar a frequência no Hospital de Dia
31/10	7/11	b)Realização de Escuta ativa
31/10	7/11	b)Disponibilização de suporte emocional
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1- Nunca demonstrado a 5- Consistentemente demonstrado)
a)Autocontenção do suicídio		

Controlo de impulsos	3/11- 5; 7/11- 5
Expressão de sentimentos	3/11- 3; 7/11- 4
Expressão de sensação de esperança	3/11- 2; 7/11- 3
Verbalização de ideias suicidas	3/11- 2; 7/11- 1
Planos para o futuro	3/11- 4; 7/11- 4
b)Vontade de viver	
Expressão de otimismo	3/11- 3; 7/11- 4
Expressão de sentimentos	3/11- 4; 7/11- 4

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Ansiedade <i>relacionada</i> com absentismo escolar, dificuldade na interação com os pares e professores e atual internamento, <i>manifestada</i> por verbalização do próprio
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	Não resolvido	c)Realização de Escuta ativa
31/10	Não resolvido	c)Realização de orientação antecipada com utente, promovendo a simulação de situações quotidianas
31/10	Não resolvido	c)Realização de técnica de relaxamento (respiração abdominal)
31/10	Não resolvido	c)Incentivo à frequência da terapia de grupo
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1- Nunca demonstrado a 5- Consistentemente demonstrado)
c)Autocontrolo da ansiedade		
Planeamento de estratégias de enfrentamento de situações stressantes		3/11- 4; 7/11- 4
Uso de técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade		3/11- 3; 7/11- 3
Manutenção das relações sociais		3/11- 3; 7/11- 3
Manutenção de sono adequado		3/11- 3; 7/11- 3
Controlo de reação à ansiedade		3/11- 3; 7/11- 3

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Tristeza crónica <i>relacionada</i> com estado de saúde da mãe e sentimento de culpa associado, <i>manifestada</i> por verbalização do próprio
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	Não resolvido	d)Promoção da prática de atividade física, através da participação nas atividades ocupacionais no serviço
31/10	Não resolvido	d)Promoção junto do utente da capacidade de resiliência
31/10	Não resolvido	e)Disponibilização de aconselhamento sempre que necessário
31/10	Não resolvido	e)Disponibilização de suporte emocional
31/10	Não resolvido	e)Incentivo ao aumento da socialização com os pares
31/10	Não resolvido	e)Promoção da esperança
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5- consistentemente demonstrado)
d)Autocontrolo da depressão		
Relato de sono adequado		3/11- 3; 7/11- 4
Estabelecimento de metas realistas		3/11- 3; 7/11- 4
Participação em atividades agradáveis		3/11- 4; 7/11- 5
e)Aceitação: Estado de doença		
Reconhecimento da realidade da situação de saúde		3/11- 4; 7/11- 5
Desempenho de tarefas de autocuidado		3/11- 4; 7/11- 4

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Disposição para melhorar o <i>coping</i> individual <i>relacionado</i> com integração do passado e no controlo da impulsividade, <i>manifestado</i> pela verbalização dos sentimentos e recurso a estratégia de relaxamento aquando de situações percecionadas pelo próprio como negativas
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	Não resolvido	f) Promoção da capacidade de resiliência
31/10	Não resolvido	f) Facilitação da autorresponsabilização do utente
31/10	Não resolvido	f) Realização de treino de assertividade
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5-consistentemente demonstrado)
f) Enfrentamento		
Identificação de padrões eficazes de enfrentamento		3/11- 3; 7/11- 4
Identificação de padrões ineficazes de enfrentamento		3/11- 4; 7/11- 4
Relato de aumento do conforto psicológico		3/11- 4; 7/11- 4
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Interação social prejudicada <i>relacionada</i> com desconforto e situações de socialização e interação disfuncional com os pares em contexto escolar, <i>manifestado</i> por verbalização do mesmo de ansiedade associada ao conhecimento de pares em contexto escolar
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	Não resolvido	g) Esclarecimento do valor e crenças do outro aquando da interação
31/10	Não resolvido	h) Treino de competências sociais
31/10	Não resolvido	h) Treino da assertividade
31/10	Não resolvido	i) Realização de psicoeducação sobre estratégias de melhoria da autoperceção
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5-consistentemente demonstrado)
g) Desenvolvimento: Adulto Jovem		
Reconhecimento de valores dos outros		3/11- 4; 7/11- 4
Respeito pelos outros		3/11- 5; 7/11- 5
h) Habilidades de interação social		
Cooperação com os outros		3/11- 4; 7/11- 4
Envolvimento com os outros		3/11- 3; 7/11- 4
Uso de estratégias de solução de conflitos		3/11- 3; 7/11- 4
i) Envolvimento social		
Interação com amigos mais próximos		3/11- 3; 7/11- 4
Participação em atividades organizadas		3/11- 4; 7/11- 4
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Baixa autoestima crónica <i>relacionada</i> com <i>bullying</i> ao longo da sua infância, dificuldade na comunicação com os pares, frustração pela não adaptação ao contexto escolar e ausência de capacidade de ultrapassar as dificuldades identificadas pelo mesmo, <i>manifestado</i> na verbalização do próprio
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	Não resolvido	j) Incentivação do aumento da socialização com os pares
31/10	Não resolvido	j) Promoção da capacidade de resiliência, com o teatro como mediador

31/10	Não resolvido	j)Realização de reestruturação cognitiva com o utente, associado a falsas crenças sobre a sua personalidade e valor
31/10	Não resolvido	k)Promoção da esperança em relação ao futuro
31/10	Não resolvido	k)Facilitação do trabalho relacionado com a culpa que o utente sente em relação à depressão da mãe
31/10	Não resolvido	k)Promoção da autoestima
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca positivo a 5-consistentemente positivo)
j)Autoestima		
Verbalização da autoaceitação		3/11- 3; 7/11- 4
Descrição de si mesmo		3/11- 3; 7/11- 3
Nível de confiança		3/11- 3; 7/11- 3
Sentimentos de autovalorização		3/11- 3; 7/11- 3
k)Nível de depressão		Resultado (1-Grave a 5- Nenhum)
Humor depressivo		3/11- 5; 7/11- 5
Culpa inadequada		3/11- 2; 7/11- 2
Sentimentos de desvalorização		3/11- 3; 7/11- 3
Autoestima baixa		3/11- 5; 7/11- 4

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	Não resolvido	Processo familiar disfuncional <i>relacionado</i> com internamento da mãe por consumo alcoólico e tentativa de suicídio por sentimento de culpa face ao quadro clínico do filho, separação dos pais e afastamento físico dele, mantendo contacto superficial <i>manifestado</i> por falta de diálogo com o pai e relação de dependência com a mãe
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	4/11	l)Realização relação de ajuda à família, no horário das visitas e por telefone, sempre que necessário
31/10	Não resolvido	l)Apoio à tomada de decisão
31/10	Não resolvido	l)Identificação e fortalecimento dos fatores protetores/resiliência
31/10	Não resolvido	m)Melhora do sistema de apoio através do aconselhamento do utente e família
31/10	Não resolvido	m)Apoio emocional à pessoa e família
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5-consistentemente demonstrado)
l)Bem-estar familiar		
Compartilhamento recíproco de sentimentos		4/11- 4
Compartilhamento no processo de decisão		4/11- 4
m)Enfrentamento familiar		
Expressão franca de sentimentos e emoções entre os membros		4/11- 4
Relato de necessidade de assistência da família		4/11- 4

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
31/10	8/11	Disposição para o controlo da saúde melhorado <i>manifestado</i> pelo desejo de melhorar o controlo dos regimes prescritos
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
31/10	8/11	n)Incentivo da gestão do regime terapêutico
31/10	8/11	n)reforço da importância do cumprimento do regime terapêutico
31/10	8/11	o)Incentivo da colocação de dúvidas/questões sobre o regime terapêutico
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nenhum conhecimento a 5-Conhecimento amplo)
n)Conhecimento: regime de tratamento		
Efeitos esperados do tratamento		3/11- 3; 8/11- 4
Atividade prescrita		3/11- 4; 8/11- 5

Benefícios do controlo da doença	3/11- 3; 8/11- 4
o)Comportamento de adesão	Resultado (1-Nunca demonstrado a 5- consistentemente demonstrado)
Avalia a precisão das informações de saúde obtidas	3/11- 3; 8/11- 4
Faz perguntas com relação à saúde	3/11- 3; 8/11- 3
Pondera riscos/benefícios de comportamentos de saúde	3/11- 4; 8/11- 4

## CONCLUSÃO

O presente estudo de caso clínico proporcionou a reflexão crítica sobre a pessoa, reconhecendo as forças e fraquezas da ação do EESMP em contexto de internamento.

Refliço que os objetivos propostos foram alcançados, na medida em que se cumpriu a análise da pessoa à luz desta metodologia, identificaram-se teorias de enfermagem que possibilitaram a análise objetiva da situação, identificaram-se as intervenções gerais e específicas do EESMP e estabeleceu-se um plano de cuidados adequado e factível no contexto.

Destaco os contributos da relação dual estabelecida, para a pessoa, que verbalizou “isto faz-me bem, falar” [sic], e para mim, enquanto futura EESMP, através do desenvolvimento das competências não só gerais mas específicas do mesmo. Por fim, destaco a que o papel do EESMP eleva-se na medida que é portador de ferramentas que permitem analisar a pessoa no todo onde se insere, reconhecendo-a como a mais capaz de transmitir a sua experiência vivida, e permitindo o estabelecimento de planos de cuidados direccionados à sua capacitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Routledge.
- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na Prática da Promoção de Saúde Mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 18 (4). 125-136. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Ferreira, T., Farias, M. & Silveiras, E. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de psicologia*. 8 (1). 107-115. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/epsic/a/X5DFFZCZsb4pmlChTsQVpb/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista UIIPS*. 2(6). 102-197. ISBN: 2182-9608
- Freitas, R., Araujo, K., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2018). Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Tidal Model: Revisão

Integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S & Swanson, E. (2009), Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. ISBN 978-0-323-03194-3

Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23. 12-28. doi: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. Diário da República nº 122/2015 – II Série. Lisboa, Portugal: Diário da República.

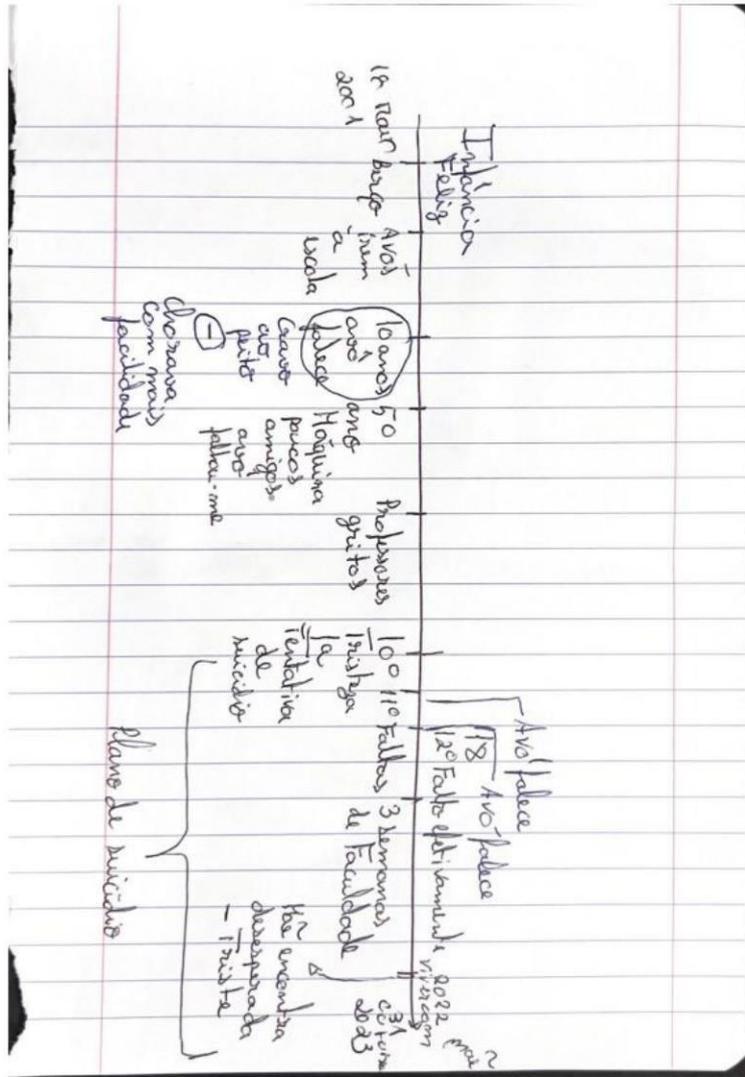
Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias, M. & Silveiras, E. (2003). A Construção da Identidade em Adolescentes: Um Estudo Exploratório. *Estudos de Psicologia*. 8(1). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100012>

Trzepacz, P. & Baker, P. (2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. ISBN 978-9-7284-4877-3.

Yin, K. R. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. (4ªed.). Porto Alegre: Bookman

## APÊNDICES

APÊNDICE I  
 NARRATIVA DE VIDA  
 Sr. A., Lisboa, 2023.



APÊNDICE II

GUIÃO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

CONTEXTO SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Designação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Domicílio: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_  
Motivo de internamento (percecionado pela  
pessoa): \_\_\_\_\_

---

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

(Caracterização das vivências, início, duração, evolução, remissão; fatores precipitantes ou de agravamento; tratamento farmacológico, psicoterapêutico; impacto dos sintomas no estilo e qualidade de vida; funcionamento pré-mórbido e atual)

---

---

---

3. ANTECEDENTES PESSOAIS:

---

3.1. Tratamento e Internamentos Anteriores:

---

4. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL:

---

---

4.1. Segunda infância (vida escolar, primeiras amizades, eventuais contactos íntimos):

---

---

4.2. Puberdade e adolescência (vida escolar, evolução da sexualidade, amizades, consumo de substâncias):

---

---

4.3. Maturidade (vida profissional e relacional, religião, consumo substâncias):

---

---

**5. PESONALIDADE PRÉVIA:**

(Relações sociais atividades, interesses e valores)

---

---

---

**6. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

(Pais, irmãos, outras parentes importantes: idade, se falecido, quando e causa, patologias psiquiátricas; ambiente familiar e a sua influência, status atual com os familiares, construir Genograma)

---

---

---

---

**7. Alergias/intolerâncias a alimentos, medicamentos ou outras substâncias:**

---

**8. Esquema terapêutico atual (farmacológico e psicoterapêutico)**

---

---

**8.1. Efeitos secundários experienciados:**

---

---

1. OBSERVAÇÕES:

---

---

---

**EXAME DO ESTADO MENTAL**

1. ASPETO GERAL, ATITUDES E RESPOSTA AO CONTACTO (higiene e arranjo pessoal, forma de vestir, aspeto físico, postura, expressão facial, contacto)

---

---

1. CONSCIÊNCIA (Alterações quantitativas (Hipervigília obnubilação, sonolência, turpo/estupor) e qualitativas (estreitamento ou expansão da consciência, estados confusório-oníricos)

---

---

2. ATENÇÃO (ativa, passiva, hiperprosexia, hipoprosexia, distratibilidade, estreitamento da atenção)

---

---

3. ORIENTAÇÃO (alopsíquica (tempo e espaço), autopsíquica)

---

---

4. MEMÓRIA (alterações quantitativas (hipermnésia, amnésia, anterógrada, retrógrada e lacunar) e alterações qualitativas da memória (paramnésias: evocação e reconhecimento)

---

---

5. PERCEÇÃO (distorções sensoriais (hiperestesia e hipostesia (quantitativas) e alterações da cor, dimensão (qualitativas) ou falsas percepções (ilusões, pareidolia, alucinações)

---

---

6. LINGUAGEM E DISCURSO (alterações orgânicas (disartria, deslexia e afasia) e alterações funcionais (gaguez, mutismo, prolixidade, ecolalia, coprolalia, neologismos, discurso pobre, entre outros)

---

---

7. PENSAMENTO (curso (ritmo), forma (organização e processo associativo), posse e do conteúdo)

---

---

8. HUMOR, AFETOS E EMOÇÕES (temperamento, alterações quantitativas e qualitativas do humor, alterações da expressão afetiva e emocional, ansiedade (eixo fisiológico, cognitivo, comportamental e respectivos fenômenos psicopatológicos associados, por exemplo, fobias e pânico)

---

---

9. MOTRICIDADE (qualitativa (alteração dos movimentos espontâneos), alteração dos movimentos induzidos, alterações da postura, efeitos extrapiramidais)

---

---

10. ENERGIA VITAL, VONTADE E IMPULSIVIDADE (energia vital, motivação e vontade, atos impulsivos, comportamentos auto e heteroagressivos)

---

---

11. VIDA INSTINTIVA (alterações do sono, alteração do comportamento alimentar, alteração do comportamento sexual)

---

---

12. INSIGHT

---

## APÊNDICE III

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

#### Escala de Autoestima de Rosenberg

(Autoria original de Morris Rosenberg. Tradução supervisionada por Pedro Pechorro)

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. De um modo geral estou satisfeito comigo próprio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não presto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas boas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me um inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto que sou uma pessoa de valor.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deveria ter mais respeito por mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De um modo geral sinto-me um fracassado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Tenho uma boa opinião de mim próprio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sbicigo, J., Bandeira, D. & Dell'Aglio, D. (2010). Escala de Autoestima de Roserbeg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15 (3), 395-403. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/psuf/a/QmW8Jr3cNCfvxW5XKMbt5jN/?format=pdf&lang=pt>

## APÊNDICE IV

### ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK-II

12:53 DI-II (A.T. Beck, 1996;  
Adapt. A.C. Martins & R. Coimbra, 2000)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

#### 1. Tristeza

- Não me sinto triste.
- Sinto-me triste muitas vezes.
- Sinto-me sempre triste.
- Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

#### 3. Fracassos Passados

- Não me considero uma falhada.
- Fracassei mais vezes do que deveria.
- Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhada como pessoa.

#### 5. Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpada.
- Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- Sinto-me culpada durante o tempo todo.

#### 7. Auto-Depreciação

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- Perdi confiança em mim própria.
- Estou desapontada comigo mesmo.
- Eu não gosto de mim.

#### 9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar.
- Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- Gostaria de me matar.
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

#### 2. Pessimismo

- Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

#### 4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

#### 6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que esteja a ser castigada.
- Sinto que posso vir a ser castigada.
- Acho que vou ser castigada.
- Sinto que estou a ser castigada.

#### 8. Auto-Criticismo

- Não me critico mais do que o habitual.
- Critico-me mais do que costumava.
- Critico-me por todas as minhas falhas.
- Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

#### 10. Choro

- Não choro mais do que costumava.
- Choro mais do que costumava.
- Choro por tudo e por nada.
- Apeteço-me chorar, mas já não consigo.

**11. Agitação**

- Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

**13. Indecisão**

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

**15. Perda de Energia**

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

**17. Irritabilidade**

- Não estou mais irritável do que o normal.
- Estou mais irritável do que o habitual.
- Estou muito mais irritável do que o habitual.
- Estou irritável o tempo todo.

**19. Dificuldades de concentração**

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

**20. Cansaço ou Fadiga**

- Não me sinto mais cansada que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

**12. Perda de Interesse**

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

**14. Sentimentos de inutilidade**

- Não me considero incapaz / inútil.
- Não me considero tão válida e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

**16. Alterações no Padrão de Sono**

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

**18. Alterações no Apetite**

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual.
- O meu apetite é muito menor do que o normal.
- O meu apetite é muito maior do que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

**21. Perda de Interesse Sexual**

- Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual. Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

Paranhos, M., Argimon, I. & Werlang, B. (2010). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em Adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005)

## APÊNDICE V

### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

#### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: AD Data: 02/11/2023

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:  
 Tanto como antes  
 Não tanto agora  
 Só um pouco  
 Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:  
 Sim e muito forte  
 Sim, mas não muito forte  
 Um pouco, mas não me aflige  
 De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Muito menos agora  
 Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:  
 A maior parte do tempo  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:  
 Nunca  
 Poucas vezes  
 De vez em quando  
 Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca

**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)**

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:  
 Quase sempre  
 Muitas vezes  
 Por vezes  
 Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:  
 Nunca  
 Por vezes  
 Muitas vezes  
 Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:  
 Completamente  
 Não dou a atenção que devia  
 Talvez cuide menos que antes  
 Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:  
 Muito  
 Bastante  
 Não muito  
 Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Bastante menos agora  
 Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:  
 Muitas vezes  
 Bastantes vezes  
 Por vezes  
 Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:  
 Muitas vezes  
 De vez em quando  
 Poucas vezes  
 Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



## **APÊNDICE 2**

### **Estudo de Caso 2**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM SR. R. – ETNOPSIQUIATRIA  
SERVIÇO PARTILHADO PARA ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Joana Sofia Peixoto Henrique

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 da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Anabela Moura e orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro.

Coimbra, 2023

## **INTRODUÇÃO**

A etnopsiquiatria caracteriza-se como uma disciplina que emergiu da possibilidade, e necessidade, do estudo de teorias e processos terapêuticos referentes à saúde mental de populações com culturas não-ocidentais (Borges, Lodetti, Jibrin & Pocreau, 2019). Segundo os autores, o discurso etnológico, em conjunto com o discurso psicanalítico, são dois elementos fundamentais na análise e compreensão do sujeito, complementando-se e permitindo observar os eventos à luz das crenças, valores, ideias e ideais, característicos da cultura de origem.

Neste sentido, vários são os estudos que têm procurado analisar a pessoa à luz da sua cultura, no entanto, observa-se um número reduzido de artigos que explorem a incidência, e respetiva eficácia, das intervenções psicoterapêuticas em grupos, ou indivíduos, emigrantes, que se encontrem em contexto de internamento psiquiátrico.

Assim, e visando o aumento do conhecimento útil sobre as forças, dificuldades, barreiras e oportunidades, identificadas no processo de cuidar, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, à pessoa imigrante, internada em contexto agudo num serviço de Psiquiatria, procedi à realização de um estudo de caso sobre um jovem adulto que se apresentasse neste contexto.

Assim, metodologicamente procedeu-se à realização de um estudo de caso clínico, sobre o Sr. R., um jovem adulto, com dupla nacionalidade, chinesa e portuguesa. Esta metodologia apresenta-se como uma abordagem metodológica de investigação que visa dar resposta à compreensão, exploração e descrição de acontecimentos e contextos complexos (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, como referido por Fu (2019), em 2017 Portugal apresentava 23000 imigrantes chineses, a maioria mobilizado pelas possibilidades de empreendedorismo, no entanto, o mesmo autor refere que embora existam alguns estudos que estudem esta população, não existia até à data nenhum estudo específico da população chinesa imigrante em Portugal.

Inicialmente procedeu-se à realização de uma proposta ao Sr. R. para a participação no estudo, evidenciando-se os objetivos gerais e específicos do mesmo. Este momento contemplou a translação de informações, nomeadamente ao nível do anonimato e proteção de dados, e validação do consentimento informado do utente, prevendo-se dar

resposta aos valores da Enfermagem e da Deontologia Profissional. Cumprindo os pressupostos da metodologia utilizada, procedeu-se a sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação proveniente das diversas fontes (Yin, 2010), sendo que, para o efeito, foi utilizada a pesquisa documental, observação do utente e recurso a entrevistas semiestruturadas, visando uma análise do todo e permitindo comparação e validação de dados, como uma estratégia de validação (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

O presente documento apresenta-se estruturado em nove partes, nomeadamente, a primeira, que consiste na identificação dos dados demográficos, a segunda onde será descrito o motivo de internamento, a terceira, onde será relatada a história do desenvolvimento pessoal e familiar, a quarta onde será descrita a história psiquiátrica e antecedentes de saúde-doença, a quinta onde é evidenciado o exame do estado mental, a sexta onde se apresenta a caracterização da situação clínica, a sétima onde é abordado o raciocínio clínico, o oitavo onde se apresenta o plano de cuidados, e por fim, o nono, onde são apresentadas as considerações finais.

### **1. DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA**

Identificação: SR. R.; Sexo: masculino; Género: Masculino; Idade: 18 anos; Estado Civil: solteiro; Nacionalidade: Portuguesa e Chinesa (dupla nacionalidade); Residência: Lisboa.

### **2. MOTIVO DE INTERNAMENTO**

Utente deu entrada no serviço de urgência psiquiátrica, acompanhado pelos bombeiro voluntários e polícia, por heteroagressividade e verbalização de ideação suicida. Segundo o seu pai trata-se do agravar de um quadro de isolamento social e verbalização de ideação suicida desde 2022, com agravamento desde agosto do presente ano (2023), com início de heteroagressividade direcionada à família, afirmando que iria “pegar fogo à casa toda” [sic].

### **3. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR**

A presente história foi compilada após duas entrevistas semiestruturadas que decorreram a nove e 15 de novembro de 2023. Destaca-se que ambas as entrevistas apresentaram como limitação a barreira linguística pois, embora o utente compreenda português, apresenta limitações ao nível da compreensão de algumas palavras e expressões, tendo

demonstrado em vários momentos dificuldade em exprimir as suas vivências e emoções associadas.

Nascido em Portugal, refere que teve uma infância da qual não se recorda na totalidade. Os seus pais eram ambos emigrantes e conheceram-se em Portugal. Refere que o seu pai nasceu na China e emigrou aquando da sua vida adulta, indo para a Rússia, e, posteriormente, Espanha, estabilizando-se profissionalmente em Portugal, com a criação de uma loja. Já a sua mãe, também nascida na China, esteve primeiro na Alemanha com a sua irmã e posteriormente emigrou para Portugal, onde terá conhecido o pai do Sr. R..

O Sr. R., nasceu em Portugal e pelos oito meses foi levado para a China pela sua mãe, para permanecer com a sua avó paterna até aos dez anos, situação que também aconteceu com o seu irmão mais velho, que havia sido levado para a China, porém, para ficar com os avós maternos. Refere ser um dos quatro filhos da sua família, considerando-se o “menos valorizado” [sic], por não ter sido o primeiro. Tem dois irmãos mais velhos (rapaz e rapariga), e um irmão mais novo, destacando uma relação amigável, mas com pouco afeto, entre os quatro.

Lembra-se que durante a sua infância tinha um grupo de “três amigos” [sic], que gostava, embora brincassem pouco sendo a sua avó que “muitas vezes me dizia para sair de casa e ir brincar com eles” [sic]. Frequentou a escola na China e refere que o tipo de ensino era muito diferente do português “era muito mais difícil, tudo muito mais difícil” [sic].

Refere que quando esteve na China a sua avó tinha um comportamento maternal para consigo “dizia-me que tinha de tomar banho todos os dias, fazia comida nova todos os dias” [sic], situação que mudou assim que pelos dez anos voltou para Portugal, a pedido da sua família, para estudar e “ajudar na loja, eles só pensam nisso, naquela loja!” [sic]. Desde que se encontra em Portugal reflete no como o seu bem-estar deixou de ser uma prioridade “a minha mãe não é como a minha avó, mas também ninguém era, meus pais só dizem “R. só tomas banho uma vez por semana” ou “R. desliga luz está muito caro”, eles só pensam no dinheiro, é sempre assim” [sic]. Refere que não consegue verbalizar bem quais os sentimentos associados a este comportamento familiar, mas tenta descrevê-los afirmando “sinto uma pressão na cabeça e no peito quando eles começam a falar comigo assim, não é que fique chateado, mas fico cheio” [sic], destaco que esta afirmação foi acompanhada do elevar dos braços à cabeça, como se estivesse a apertar a cabeça.

Refere que esta transição para Portugal, aos dez anos, não foi difícil porque segundo o próprio “é tudo mais fácil, a escola é mais fácil” [sic] mas, quando abordado sobre as suas notas refere “as minhas notas não são boas, e esse é outro grande problema de meus pais, eles só esperam que eu tire excelente notas e fique na loja depois”. Quando confrontado sobre os planos de futuro notou-se uma alteração entre a primeira e segunda entrevista, sendo que na primeira referiu que não se projetava no futuro e na segunda afirmou “eu não sei o que fazer no futuro, mas os meus pais sabem, que eu fique na loja, eles acham que me estão dar escolhas mas não estão” [sic], no entanto, quando questionada qual a sua vontade o mesmo afirmou “não que eu possa escolher mas também não sei, não tenho notas para empregos bons, mas se quiser ter muito dinheiro tenho de ficar na loja, eu sei disso” [sic]. Destaca-se que durante a segunda entrevista o Sr. R. repetiu em diversos momentos que na China é tudo tão difícil que “sinto-me pior por seu mau na escola cá, é tudo tão fácil, e não leve a mal mas é mesmo, aqui toda a gente devia tirar 19, abaixo disso não importa” [sic]. Face ao quadro de instabilidade emocional, que não clarifica, refere ter pedido à sua mãe, no início de 2022, para falar com uma psicóloga “eu precisava de ajuda, e disse que queria uma psicóloga, a minha mãe primeiro não queria, mas depois aceitou, eles acham que sou maluco e isto só fez parecer como eu sendo mesmo maluco (...) sabe as consultas primeiro é a minha mãe a falar com psicóloga e depois sou eu, e ela lá sorri muito mas depois vê-se que fica chateada, não quer estar ali nem que eu vá” [sic].

Como elemento de referência destaca a sua avó, afirmando que “o meu pai sempre que quer dizer-me algo mau fala com a minha avó e ela é que me diz, só ela sabe falar comigo” [sic]; Assim como a sua psicóloga, que afirma que o ajudou muito tendo sido o próprio a procurar esta ajuda que foi vista como negativa pela família “eu já não aguentava mais, falei com a minha mãe e pedi para ir ao psicólogo, ela não queria, ninguém queria, acham que sou o louco da família, o calado, não sabem falar comigo. Agora os meus irmãos é que vão ficar bem, porque eles (pais) já estão melhores, mas não para mim, a mim já não me engam, não acredito mais neles” [sic].

#### **4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES DE SAÚDE-DOENÇA**

A presente história psiquiátrica e análise dos antecedentes de saúde-doença foi compilada após duas entrevistas semiestruturadas que decorreram a nove e 15 de novembro de 2023.

No que concerne a **antecedentes pessoais** nega patologias, procedimentos médico-cirúrgicos de relevo ou consumos de tabaco, álcool ou drogas. No que concerne a **antecedentes familiares** não se identificaram antecedentes de saúde.

Destaca-se que existiu uma grande dificuldade em conseguir compreender a história psiquiátrica por recusa do próprio em alguns detalhes e por não aparente não compreensão em outros, não especificando detalhes ou momentos que possam ter sido precipitantes face à patologia.

No entanto, validou-se que o mesmo terá solicitado apoio de uma equipa de psicologia em 2022, tendo iniciado psicoterapia. Posteriormente iniciou um acompanhamento na clínica da juventude, pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, ainda em 2022, por episódio depressivo, tendo sido medicado com sertralina 50 mg, no entanto, não existiu acompanhamento futuro e validou-se o abandono da terapêutica e consultas.

Quando validado sobre os motivos do seu internamento refere “eu não sei o que senti, senti-me a ficar acelerado, mas não senti mais nada (...) mas eu não queria aleijar ninguém, mas eles dizem coisas e na verdade não acreditam nelas e eu fico assim, porque eu sei que eles não se preocupam” [sic]. Quando questionado sobre o seguimento na clínica da juventude referiu “eu não quero falar disso” [sic] em ambos os momentos. Quando validado sobre os motivos da sua tristeza e do quadro depressivo descrito, demonstra num primeiro momento um embotamento afetivo, exprimindo “eu não sinto nada, nunca senti” [sic] e num segundo momento, mantém a premissa de que “não sei se é tristeza ou o que é, é uma pressão na cabeça” [sic]. Quando questionado sobre algum momento triste da sua vida refere “hum, não me lembro, não me lembro de sentir assim” [sic]. Quanto questionado sobre um momento feliz que se lembre refere “o ano novo chinês, antes, era feliz” [sic], no entanto não apresentou uma comunicação verbal congruente, demonstrando uma apatia associada.

Quando validada a entrevista familiar, destaca-se uma angústia verbalizada por ambos os pais, sendo o pai que direciona o diálogo. Refere que a comunicação entre eles é muito limitada, parecendo que por vezes existe uma barreira entre eles. Destaca o isolamento social do filho e início de ideação suicida desde 2022, afirmando que “diz que vai atear fogo à casa” [sic].

Quanto analisado o processo do Sr. R. valida-se uma nota na urgência que corrobora os achados, onde o mesmo havia referido “penso em formas de morrer, ainda não consegui arranjar uma forma boa, que não tenha risco de não conseguir ou de sofrer muito, salta da ponte, com corda, já pesquisei e encontrei, mas não são boas (...) planeei para o verão, mas o local não era o exato, estou a tentar encontrar outro sítio” [sic].

Face ao relato do Sr. A., identificam-se como **fatores de risco**: isolamento social, barreira linguística, mudança de vida drástica (mudança de país culturalmente distinto). Como **fatores protetores** destacam-se: rede de suporte familiar (avó e irmãos) e psicóloga.

## 5. EXAME DO ESTADO MENTAL

O presente Exame do Estado Mental (EEM) foi realizado a nove e 15 de novembro de 2023, com recurso a um guião previamente elaborado, fundamentado pelo livro “Exame Psiquiátrico do Estado Mental” de Trzepack e Baker (2002).

*9 de novembro de 2023- EEM prévio às intervenções*

**Aspeto geral, atitudes e resposta ao contacto**: aspeto geral cuidado, idade aparente concordante com idade real. Atitude colaborante. Expressão facial neutra. Postura física condizente com apatia.

**Consciência**: vigília normal, sem sonolência, clareza da consciência.

**Atenção**: sem alterações da atenção.

**Orientação**: orientado auto e alopsíquicamente.

**Memória**: sem alterações da memória.

**Percepção**: sem alterações ao nível da percepção.

**Linguagem e discurso**: tom de voz calmo, vocabulário simples, pouco estruturado, discurso organizado e coerente. Sem espontaneidade, contudo, articula respostas às questões elaboradas. Devido à barreira linguística e dificuldade demonstrada na língua portuguesa, não foi possível analisar se existem outras alterações (ritmo/conteúdo).

**Pensamento**: curso: sem alterações; ritmo: circunstancial, forma: sem alterações, posse: sem alterações; e do conteúdo: sem alterações. Na presente entrevista não se validou ideação suicida.

**Humor, afetos e emoções**: humor deprimido, concordante com verbalização do próprio, com emoções congruentes, mas móveis e de amplitude aumentada dado que no seu geral são de apatia. Apresenta diminuição da interação social, não demonstra interesse na

participação das atividades dinamizadas pela equipa de enfermagem e terapeuta ocupacional.

**Motricidade:** sem alterações a nível da motricidade, ativo, postura descontraída.

**Energia vital, vontade e impulsividade:** atualmente não seapura ideação suicida estruturada.

**Vida instintiva:** Não apresenta alterações ao nível do sono, quer a nível da quantidade quer da qualidade. Sem alterações do comportamento alimentar. Apresenta desinteresse pelo relacionamento sexual.

**Insight e juízo crítico:** Sem insight, sem juízo crítico.

*15 novembro 2023 – EEM após intervenções*

**Aspeto geral, atitudes e resposta ao contacto:** aspeto geral cuidado, idade aparente concordante com idade real. Atitude colaborante. Sintónico no contacto.

**Consciência:** vigília normal, sem sonolência, clareza da consciência.

**Atenção:** sem alterações da atenção.

**Orientação:** orientado auto e alopsíquicamente.

**Memória:** sem alterações da memória.

**Perceção:** sem alterações ao nível da perceção.

**Linguagem e discurso:** tom de voz calmo, vocabulário simples, pouco estruturado, discurso organizado e coerente. Espontâneo, coloca questões durante a entrevista e redireciona o diálogo. Devido à barreira linguística e dificuldade demonstrada na língua portuguesa, não foi possível analisar se existem outras alterações (ritmo/conteúdo).

**Pensamento:** curso: sem alterações; ritmo: circunstancial, forma: sem alterações, posse: sem alterações; e do conteúdo: sem alterações. Na presente entrevista não se validou ideação suicida.

**Humor, afetos e emoções:** humor eutímico, períodos de fâcies mais expressivo e sorridente. Apresenta aumento da interação social com os pares, demonstra interesse na participação das atividades dinamizadas pela equipa de enfermagem e terapeuta ocupacional.

**Motricidade:** sem alterações a nível da motricidade, ativo, postura descontraída.

**Energia vital, vontade e impulsividade:** atualmente não seapura ideação suicida estruturada.

**Vida instintiva:** Não apresenta alterações ao nível do sono, quer a nível da quantidade quer da qualidade. Sem alterações do comportamento alimentar. Apresenta desinteresse pelo relacionamento sexual.

**Insight e juízo crítico:** Sem insight, juízo crítico aparentemente comprometido. Reconhece que precisava de estar internado, porém não reconhece que tem uma patologia, demonstra desinteresse sobre as estratégias de melhoria.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Reflete-se sobre o presente caso à luz de duas teorias, o *Tidal Model*, um modelo holístico de cuidados que promove o “*self-management*” (*autogestão*) e a recuperação da pessoa, enquanto agente ativo de mudança (Barker & Buchanan-Barker, 2005), e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger.

Este primeiro modelo reflete sobre a falsa crença de que tudo dura e reforçando que o descrédito da durabilidade do “tudo” será a maior realidade que poderemos vivenciar (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Mas não só devemos reconhecer os inúmeros processos de mudança que vivenciamos como momentos passageiros, como devemos reconhecer que os momentos de “crise” são na verdade os momentos ideais à intervenção, sendo os momentos chave para a mudança refletida e pensada, sempre na perspectiva da pessoa do eu (Barker & Buchanan-Barker, 2005). O autor reflete ainda sobre uma ideia que destaco e reflito na perspectiva do EESMP, ninguém melhor do que o próprio poderá reconhecer, identificar e exprimir a vivência da patologia, pelo que o papel chave ao nível da intervenção deverá ter em conta esta premissa, focando o alcance de um caminho intermédio, entre as expectativas da pessoa, e as minhas expectativas enquanto profissional. Este modelo apresenta três domínios, o domínio do “eu”, dos “outros” e do “mundo”. E, prévia à apresentação do raciocínio clínico com base neste modelo, destaco uma breve análise com base nos domínios referidos.

Uma vez que o Sr. R. apresentou um quadro de ideação suicida, com plano estruturado, apresentando-se como um risco à sua integridade, a intervenção deverá iniciar-se no domínio do “eu” (Barker & Buchanan Barker, 2010). Analisa-se que este primeiro domínio evidencia a necessidade de conferir segurança ao Sr. R., devendo valorizar-se a interação e comunicação, estabelecendo um vínculo entre o profissional e a pessoa (Lima et al., 2022). No entanto, deverá num segundo momento intervir-se na fase do “Mundo”,

onde o Sr. A. deverá realizar uma avaliação holística a partir da sua própria história, procurando compreender as suas experiências e significados (Lima et al., 2022).

Num segundo momento analisa-se o presente caso com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger de 1994, uma teoria que propõe a descoberta das diferenças existentes (diversidade) e semelhanças culturais no cuidado humano, compreendendo que existem especificidades culturais nos cuidados que são ligadas a crenças associadas a contextos (Reis, A. & Costa, M., 2014). Com base neste, e aquando das intervenções com o Sr. R., reflito que existem diferenças culturais evidentes ao nível escolar e profissional, entre a cultura chinesa e portuguesa, existindo uma pressão elevada associada ao sucesso e quase perfeição dos jovens adultos, assim como uma valorização do núcleo familiar e respetivo isolamento, com a filosofia de “o que se passa cá dentro não sai” [sic], com dificuldade na procura de ajuda ao nível da saúde mental.

## 7. RACIOCÍNIO CLÍNICO

Alicerçado ao modelo previamente identificado, segue-se a fundamentação da decisão clínica, com identificação dos focos e diagnósticos.

Assim, foram colocadas quatro questões principais ao mesmo durante as entrevistas realizadas, enfatizado a centralidade na pessoa, designadamente, “*Why This- Why Now*” (*Porquê isto-Porquê agora?*), “*What works*” (*O que funciona*), “*what is the person’s personal theory?*” (*Qual é a teoria da pessoa?*) e “*How to limit restrictions?*” (*Como limitar restrições*).

Aqui identifiquei a primeira barreira do presente estudo, pois embora tivesse colocado as presentes questões, alterando a forma e mantendo o conteúdo, sempre que necessário, existiu uma grande dificuldade do Sr. R. compreender o que lhe havia sido questionado, no entanto, procurou contornar-se esta questão recorrendo à técnica de clarificação no final de cada momento.

À primeira questão, valida-se que o mesmo se demonstrou esquivo, redirecionando para a temática da pressão direcionada pelos pais, afirmando que “eu não sei porquê de acontecer agora, sei que eles não me dão escolhas, nunca dão, eles acham que dão mas não dão (...) e eu senti uma pressão muito grande, na cabeça e no peito, não sei o que senti de emoção, só senti esta pressão” [sic]. À segunda questão o utente não conseguiu

dar resposta, refere que “não sei o que gosto de fazer, ou o que posso fazer, sei que tenho de fazer algo, mas não sei o quê” [sic]. Face à terceira questão, apreende-se que o Sr. R. responsabiliza os pais pelo seu estado, refere que foi a pressão que lhe foi colocada para “ser o melhor da escola, o melhor em casa, o melhor na loja, e eu não sou bom em nada” [sic], o que culminou na diminuição da sua autoestima e da sua projeção no futuro. Face à quarta questão observam-se alguns pontos chave a trabalhar com o Sr. R., nomeadamente, a baixa autoestima, isolamento social e as falsas crenças (“todos têm 19” [sic], “é tudo muito fácil” [sic], “ser rico sei que só se trabalhar na loja” [sic]), sendo que para tal se deverá recorrer a intervenções psicossociais e socioterapêuticas, assim como psicoterapêuticas, ao nível da reestruturação cognitiva, face às crenças erróneas. Ressalva-se que as crenças demonstradas se encontram relacionadas com cultura da família do Sr. R. pelo que esta poderá ser uma barreira ao alcance dos resultados esperados ao nível da intervenção da reestruturação cognitiva.

Quanto aos fatores sociais e culturais que poderão influenciar a saúde mental do Sr. R. destaco a pressão familiar face a um sucesso de difícil alcance e a dificuldade no reconhecimento de estratégias positivas de promoção da saúde mental, designadamente, através do contexto com equipas de psicologia ou psiquiatria. Neste sentido, deverão ser realizadas intervenções não só ao nível pessoal, mas também familiar, permitindo a reflexão crítica sobre as falsas crenças associadas a ambos os fenómenos.

Após a análise realizada, urge referir quais os diagnósticos dominantes e taxonomia utilizada. Assim, destaco que a presente análise foi realizada com recurso à taxonomia NANDA *International* (*North American Nursing Diagnosis Association*) as intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e os resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Diagnósticos identificados a oito de novembro de 2023, segundo NANDA-I:

- a) Risco de suicídio, *relacionado* com a pressão parental e *coping* ineficaz, *manifestado* por ideação suicida estruturada.
- b) Baixa autoestima situacional *relacionada* com baixo rendimento escolar e ausência de estratégias de ultrapassar as dificuldades identificadas pelo mesmo, *manifestado* na verbalização do próprio “não sou bom na escola, as minhas notas não são boas e não dá para mudar isso” [sic];

- c) Interação social prejudicada *relacionada* desconfortos em situações sociais e insatisfação com o envolvimento social, *manifestado* por barreiras comunicacionais e conhecimento insuficiente de como fortalecer a reciprocidade;
- d) Processo familiar disfuncional *relacionado* com relação disfuncional com os pais, *manifestado* por verbalização do próprio “não consigo falar com a minha família porque eles não me ouvem, eles acham que sim, e fazem-se de queridos, mas não são, eu vejo que é só para parecer bem, porque nós temos de parecer sempre bem porque se não é uma desonra” [sic];
- e) Controle ineficaz do regime terapêutico *relacionado* baixa adesão ao regime terapêutico *manifestado* por abandono terapêutico prévio e ausência de verbalização de aceitação do seu estado de saúde.

Como **objetivos gerais** as intervenções visaram: aumentar a autoestima, aumentar as competências de comunicação e interação social, promover o envolvimento da família e motivar para o plano terapêutico.

#### 8. PLANO DE CUIDADOS

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
8/11	15/11	Risco de suicídio, <i>relacionado</i> com a pressão parental e <i> coping</i> ineficaz, <i>manifestado</i> por ideação suicida estruturada
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC)
8/11	15/11	a)Determinação da presença e grau de risco de suicídio
8/11	15/11	a)Envolvimento do utente no planeamento do seu tratamento
8/11	15/11	a)Administração medicação para reduzir a ansiedade, agitação ou psicose e estabilizar o humor, sempre que necessário
8/11	15/11	a)Encorajar o utente a estabelecer uma rede de suporte emocional
8/11	15/11	a)Facilitação do trabalho do utente relacionado com a culpa
8/11	15/11	a)Informar sobre os recursos da comunidade e outros programas disponíveis
8/11	15/11	b)Realização de Escuta ativa
8/11	15/11	b)Disponibilização de suporte emocional
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1- Nunca demonstrado a 5- Consistentemente demonstrado)
a)Autocontenção do suicídio		
Controlo de impulsos		8/11- 3; 15/11- 4
Expressão de sentimentos		8/11- 3; 15/11- 3

Expressão de sensação de esperança	8/11- 3; 15/11- 3
Verbalização de ideias suicidas	8/11- 1; 15/11- 1
Planos para o futuro	8/11- 3; 15/11- 3
b)Vontade de viver	
Expressão de otimismo	8/11- 3; 15/11- 3
Expressão de sentimentos	8/11- 3; 15/11- 3

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
8/11	Não resolvido	Baixa autoestima situacional <i>relacionada</i> com baixo rendimento escolar e ausência de estratégias de ultrapassar as dificuldades identificadas pelo mesmo, <i>manifestado</i> na verbalização do próprio “não sou bom na escola, as minhas notas não são boas e não dá para mudar isso” [sic]
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC)
8/11	Não resolvido	c)Realização de Escuta ativa
8/11	15/11	c)Incentivação do aumento da socialização com os pares
8/11	Não resolvido	d)Promoção da capacidade de resiliência
8/11	Não resolvido	d)Realização de reestruturação cognitiva com o utente, associado a falsas crenças sobre sucesso pessoal, ao nível escolar e profissional
8/11	15/11	d)Promoção da esperança em relação ao futuro
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1- Nunca demonstrado a 5- Consistentemente demonstrado)
c)Autoestima		
Verbalização da autoaceitação		8/11- 3; 15/11- 3
Descrição de si mesmo		8/11- 3; 15/11- 4
Nível de confiança		8/11- 3; 15/11- 3
Sentimentos de autovalorização		8/11- 3; 15/11- 3
d)Nível de depressão		Resultado (1-Grave a 5- Nenhum)
Humor depressivo		8/11- 2; 15/11- 2
Culpa inadequada		8/11- 5; 15/11- 4
Sentimentos de desvalorização		8/11- 4; 15/11- 3
Autoestima baixa		8/11- 4; 15/11- 2

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
8/11	15/11	Interação social prejudicada <i>relacionada</i> desconfortos em situações sociais e insatisfação com o envolvimento social, <i>manifestado</i> por barreiras comunicacionais e conhecimento insuficiente de como fortalecer a reciprocidade
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades

8/11	15/11	e) Promover a interação com os pares, através da participação nas atividades ocupacionais no serviço
		f) Realizar terapia recreacional
8/11	15/11	f) Esclarecimento do valor e crenças do outro aquando da interação
8/11	15/11	f) Disponibilização de aconselhamento sempre que necessário
8/11	15/11	f) Treino de competências sociais
8/11	15/11	g) Realização de psicoeducação sobre estratégias de melhoria da auto percepção
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5-consistentemente demonstrado)
e) Desenvolvimento: Adulto Jovem		
Reconhecimento de valores dos outros		8/11- 5; 15/11- 5
Respeito pelos outros		8/11- 3; 15/11- 3
f) Habilidades de interação social		
Cooperação com os outros		8/11- 2; 15/11- 3
Envolvimento com os outros		8/11- 4; 15/11- 5
g) Envolvimento social		
Interação com amigos mais próximos		8/11- 4; 15/11- 5
Participação em atividades organizadas		8/11- 4; 15/11- 5

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
8/11	Não resolvido	Processo familiar disfuncional <i>relacionado</i> com relação disfuncional com os pais, <i>manifestado</i> por verbalização do próprio “não consigo falar com a minha família porque eles não me ouvem, eles acham que sim, e fazem-se de queridos, mas não são, eu vejo que é só para parecer bem, porque nós temos de parecer sempre bem porque se não é uma desonra” [sic]

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
8/11	Não resolvido	h) Apoio à tomada de decisão
8/11	Não resolvido	h) Realização de reestruturação cognitiva relativa às crenças erróneas de expectativas
8/11	Não resolvido	h) Identificação e fortalecimento dos fatores protetores/resiliência
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5-consistentemente demonstrado)
h) bem-estar familiar		
Compartilhamento recíproco de sentimentos		8/11- 2; 15/11- 2
Compartilhamento no processo de decisão		8/11- 2; 15/11- 2

Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I)
8/11	15/11	Controle ineficaz do regime terapêutico <i>relacionado</i> baixa adesão ao regime terapêutico <i>manifestado</i> por abandono

		terapêutico prévio e ausência de verbalização de aceitação do seu estado de saúde
Data/hora Início	Data/hora Resolvido	Intervenções de Enfermagem (NIC) e Atividades
8/11	15/11	i) Realização de escuta ativa
8/11	15/11	i) Ensino sobre o processo de doença (depressão)
8/11	15/11	j) Facilitação da aprendizagem
8/11	15/11	j) Facilitação da autoaprendizagem
Resultados (NOC)		Data da avaliação- Resultado (1-Nenhum conhecimento a 5- conhecimento amplo)
i) Conhecimento: regime de tratamento		8/11- 3; 15/11- 4
Justificativa para o tratamento		8/11- 2; 15/11- 5
Regime medicamentoso prescrito		8/11- 3; 15/11- 4
Benefícios do controle da doença		
j) Comportamento de aceitação		Data da avaliação- Resultado (1-Nunca demonstrado a 5- consistentemente demonstrado)
Aceita o diagnóstico		8/11- 2; 15/11- 4
Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde		8/11- 2; 15/11- 3

## CONCLUSÃO

A realização do presente caso clínico permitiu a reflexão da complexidade que exige o cuidado à pessoa imigrante, desde as dificuldades percebidas ao nível comunicacional, à dificuldade associada à compreensão das crenças e valores da mesma. O processo de imigração apresenta-se por si como um fator de risco ao desenvolvimento de patologias ao nível da saúde mental, no entanto, compreender de que forma conseguimos cuidar da pessoa imigrante com doença mental, numa fase aguda, é um fenómeno ainda pouco estudado.

O contacto com o Sr. R. realçou a diferença cultural existente entre a China e Portugal, principalmente ao nível das crenças em saúde, valores económicos e ambições profissionais. Uma vez que o Sr. R. procurou ajuda psicológica e esta não havia sido aceite pelo núcleo familiar, procurou-se reforçar este comportamento, valorizando o mesmo, e reconhecendo-o como uma estratégia eficaz para a prevenção da doença mental e promoção da saúde mental. No que concerne à questão económica, procurou-se em conjunto com o Sr. R., identificar e compreender os valores ao nível económico defendidos pela família, promovendo o reconhecimento da percepção parental, de que o esforço físico agora realizado, motivo pelo qual o Sr. R. ajudaria nas tarefas domésticas, lida da loja e rentabilização da eletricidade e água no domicílio, se encontram associados ao aumento da qualidade de vida futura, sendo este caminho um meio para um fim. Por fim, analisou-se os planos para o futuro e realizou-se o confronto sobre a expectativa

parental *versus* expectativa pessoal, identificando-se uma pressão elevada por parte dos pais do Sr. R. para o sucesso profissional, no entanto, procurou-se em simultâneo confrontar o Sr. R. com as expectativas que lhes eram impostas e as expectativas que ele próprio impunha. Neste último momento procedeu-se à reestruturação cognitiva, pois o Sr. R. afirmava que todos deveriam ter notas de 19 e 20 porque seria fácil e todos deveriam ser ricos, e que quem não alcançasse ambos estes fenómenos seria porque não eram inteligentes e não teriam valor.

No que concerne às dificuldades percecionadas destaca-se que, além da dificuldade já descrita associada à compreensão de algumas palavras e expressões, incidiu principalmente ao nível da reestruturação cognitiva, pois, embora o Sr. R. afirmasse positivamente face ao processo de confrontação comunicacional que ia sendo desenvolvido, cada afirmação terminava com a seguinte expressão “mas você não entende, nós somos mesmo assim, na China isto seria uma desonra, nada bom” [sic], pelo que se reflete sobre a diferença cultural existente ao nível dos valores académicos e respetivas expectativas profissionais, sendo que a minha intervenção poderá não ter sido desenvolvida de forma eficaz.

No entanto validam-se algumas oportunidades associadas a este estudo, nomeadamente, a possibilidade de identificar fatores precipitantes para a alteração da saúde mental dos jovens chineses imigrantes em Portugal, nomeadamente, o isolamento social, a pressão parental associada ao contexto académico e a ausência de estratégias comunitárias, plausíveis para o núcleo familiar, de ajuda ao nível da saúde mental.

Este estudo, apresenta-se assim como uma mais-valia, na medida que fornece informação sobre o pensamento, valores e ideais, do jovem adulto imigrante, portador de doença mental, em contexto de internamento agudo.

#### **REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS**

- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Routledge.
- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na Prática da Promoção de Saúde Mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 18 (4). 125-136. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

- Borges, L., Lodetti, M., Jibrin, M. & Pocreau, J. (2019). Inflexões epistemológicas: a Etnopsiquiatria. *Revista Psicologia*. 31. 249-255. doi: [https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i\\_esp/29001](https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29001)
- Ferreira, T., Farias, M. & Silveiras, E. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de psicologia*. 8 (1). 107-115. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/epsic/a/X5DFFZCZsb4pmrLchTsQVpb/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista UIIPS*. 2(6). 102-197. ISBN: 2182-9608
- Freitas, R., Araujo, K., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R. & Monteiro, A. (2018). Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Tidal Model: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>.
- Fu, J. (2019). Social Inclusion of Chinese Immigrants in Portugal: The Roles of Length of Residence and Social Networks: The Roles of Length of Residence and Social Networks. (*Dissertação de Mestrado*). Recuperado de [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19950/4/master\\_jia\\_fu.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19950/4/master_jia_fu.pdf).
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 11(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*. ISBN 978-0-323-03194-3
- Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N. ... Albuquerque, M. (2022). Applicability of the Tidal Model by Nurses in mental health services: a scope review. 11 (1). doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23. 12-28. doi: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Reis, A. & Costa, M. (2014). Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (2). 61-69. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13118>

Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias, M. & Silvares, E. (2003). A Construção da Identidade em Adolescentes: Um Estudo Exploratório. *Estudos de Psicologia*. 8(1). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100012>

Trzepacz, P. & Baker, P. (2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. ISBN 978-9-7284-4877-3.

Yin, K. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. (4ªed.). Porto Alegre: Bookman

## APÊNDICE 3

Abstract do Póster para o Congresso de Horatio

**Título:** Cognitive Restructuring in a Dual-Nationality, Chinese and Portuguese, Young Adult - Clinical Case Analysis

**Área:** Nursing interventions and practice

**Forma de Apresentação:** Póster

**Introdução e Objetivos:** Psychiatric hospitalizations increasingly require nurses to master skills related to transculturality, leading to the emergence of ethnopsychiatry as a differential in the quality of care. Currently, there is a rising Chinese immigrant population, yet there are few published scientific studies making it challenging to tailor evidence-based care, particularly cognitive restructuring. The aim of the present study is to reflect on the application of cognitive restructuring in the young adult. A clinical case study on Mr. R., an 18-year-old young adult with dual nationality (Portuguese and Chinese), aims to comprehend, explore, and describe complex events and contexts. The young man was admitted to a Shared Service for Adolescents and Young Adults due to heteroaggressiveness and structured suicidal ideation verbalization. No relevant personal or family history was reported. Born in Portugal to Chinese immigrant parents, at eight months, his mother took him to China, where he stayed with his paternal grandmother until the age of ten. During this period, the family, residing in Portugal, facilitated his return to Portugal.

**Metodologia e Resultados:** An intervention for cognitive restructuring was sought to deconstruct existing irrational beliefs. Two formal interviews and various informal contact moments were conducted to establish a trusting relationship. Mr. R. struggled to verbalize feelings associated with family dynamics but attempted to describe them, stating, "I feel pressure in my head and chest when they start talking to me like that, not that I get upset, but I feel overwhelmed" [sic]. He mentioned that the transition to Portugal was not difficult because, according to him, "everything is easier, school is easier" [sic]. However, when asked about his grades, he said, "my grades are not good, and that's another big problem for my parents, they only expect me to get excellent grades and stay in the store afterward." It is noteworthy that Mr. R. repeatedly emphasized that everything is so difficult in China that "I feel worse for doing poorly in school here; everything is so easy, and don't take it the wrong way, but it really is, everyone here should get 19, anything below that doesn't matter" [sic]. The cognitive

restructuring strategy was applied to change the belief that all young people could achieve grades of 19 or 20 and that everyone should and could be rich.

**Conclusão:** The difficulty in implementing this strategy is observed due to the individual's and the family's beliefs, not recognizing the value of academic or professional non-success, with the individual reinforcing this view with each confrontation and clarification, stating, "you don't understand, we are not like that" [sic]. The possibility arises that this may not be a psychiatric case but rather a response to adaptive pressure being a Cultural Bound Syndrome.

N.º de Co-autores: 2

Nome, Co-autor 1: Anabela Moreira

Afiliação, Co-autor 1: Centro Hospitalar Lisboa Central

Nome, Co-autor 2: Ana Paula Monteiro

Afiliação, Co-autor 2: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## Figura 1

### *Aceitação da submissão do abstract*

Dear Joana Henrique

Thank you for submitting an abstract to HORATIO 2024. We are happy to inform you that your abstract has been accepted as a POSTER.

If you are not the presenting author, please forward this mail to the presenter.

#### **Instructions**

Create a poster in A0 Portrait (standing). More instructions regarding when to mount etc. will come later.

#### **Registration**

If you haven't already registered for the conference, **you are expected to do so by December 31, 2023**. In case we haven't received your registration by this date, your presentation will be removed from the programme. For questions, please send an email to: [elisabet@umea-congress.se](mailto:elisabet@umea-congress.se).

The on-line registration form is available at: <https://www.trippus.net/horatio-2024-delegate-speaker>

#### **Questions/Changes/Withdrawals**

If you have any questions about your abstract or want to withdraw your abstract, send an email to: [elisabet@umea-congress.se](mailto:elisabet@umea-congress.se). Please include the booking no. of your abstract at contact.

For any updates on the conference please regularly visit the website: [www.Horatio2024.se](http://www.Horatio2024.se)

We look forward to welcoming you to the Horatio conference in Malmö this spring.

Sincerely,

The Organizing Committee

*This email has been automatically created for each submitted abstract*

## APÊNDICE 4

Projeto “Eu Consigo, Eu Decido!”



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

JOANA SOFIA PEIXOTO HENRIQUE

**“EU CONSIGO, EU DECIDO!” – UM PROJETO SOBRE O AUTOCONTROLO**

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 da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Anabela Moura e orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Monteiro.

Coimbra, 2023

### **Contextualização teórica:**

A saúde mental positiva, baseada no modelo multifatorial de saúde mental de Lluch, como referido por Teixeira, Sequeira e Lluch (2020) caracteriza-se como um construto que provem da interação de características da esfera psicossocial, designadamente, a satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidade de relação interpessoal (Teixeira, Sequeira & Lluch, 2020).

Segundo Teixeira, Sequeira e Lluch (2020) o autocontrolo remete para a capacidade de enfrentar o stress ou situações de conflito, define-se ainda pelo equilíbrio e controlo emocional e a tolerância à frustração, ansiedade e stress.

Abreu e Azevedo (2012) destacam que o autocontrolo é um dos fatores da adolescência, que se apresenta como diferencial para ultrapassar as situações de distress identificadas pelos próprios, sendo também este muitas vezes o desafio dos mesmos, pelo que o treino e capacitação dos mesmos, ao nível do autocontrolo, deve ser um foco de atenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

### **Apresentação do projeto**

**Nome do Projeto:** “Eu consigo, eu decido!”

**Contexto:** Serviço partilhado de adolescentes e jovens adultos, Centro Hospitalar Lisboa Central e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, distrito de Lisboa.

**Finalidade:** Desenvolver a capacidade de autocontrolo nos adolescentes e jovens adultos.

### **Objetivos:**

#### Gerais:

- Desenvolver a literacia emocional;
- Promover a expressão de emoções;
- Capacitar os adolescentes e jovens adultos sobre as estratégias de regulação das emoções;
- Ensinar, instruir e treinar o adolescente e jovem adulto sobre a respiração abdominal.
- Avaliar as intervenções realizadas.

Específicos:

- Identificar as sensações e emoções primárias: alegria, tristeza, medo, raiva e aversão;
- Identificar as sensações e emoções complexas/secundárias;
- Promover o diálogo entre os pares;
- Compreender o valor adaptativo das diferentes emoções em termos de sobrevivência e de cultura;
- Ensinar sobre a técnica de relaxamento: respiração abdominal.

**População-alvo:** adolescentes e jovens adultos internados no serviço partilhado do CHLC/CHPL.

**Crítérios de inclusão:** Adolescentes e jovens adultos internados no serviço partilhado para adolescentes e jovens adultos (CHLC/CHPL).

**Crítérios de exclusão:** Adolescentes e jovens adultos internados que não aceitem participar no projeto; Adolescentes e jovens adultos internados que apresentem comportamentos de auto ou heteroagressividade no momento da intervenção.

**Duração:** Projeto a implementar durante 2 semanas.

**Recursos:** Estabelecidos no plano de sessões, ver Apêndice 1.

**Parcerias:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**Diagnósticos e Intervenções Autónomas de Enfermagem:**

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem- CIPE	Data de término
__/__/__	1. Potencialidade para o desenvolvimento do adolescente e jovem adulto	__/__/__
__/__/__	2. Capacidade para comunicar sentimentos comprometida	__/__/__
__/__/__	3. Autocontrolo comprometido	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autónomas de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1.1. Ensinar os adolescentes e jovens adultos a reconhecer as cinco emoções primárias: Alegria (amarelo), Tristeza (Azul), Medo (roxo), Raiva (Vermelho), Aversão (Verde)	__/__/__
__/__/__	1.2. Ensinar os adolescentes e jovens adultos sobre as alterações emocionais normais do crescimento/desenvolvimento	__/__/__

_/ / _	2.1. Conscientizar para as alterações emocionais na adolescência	_/ / _
_/ / _	2.2. Incentivar a verbalização de emoções	_/ / _
_/ / _	2.3. Promover escuta ativa	_/ / _
_/ / _	3.1. Ensinar a técnica de relaxamento abdominal	_/ / _

**Atividades a desenvolver:**

O projeto decorrerá ao longo de 2 semanas, sendo constituído por quatro sessões, com duração de 20 a 30 minutos, conforme o conteúdo abordado, sendo que no Apêndice I se encontram descritas as sessões, duração, recursos, metodologia, conteúdo e justificação.

**Avaliação:**

A avaliação dos projetos é segundo Loureiro (2013) feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos, segundo o autor destacam-se quatro momentos, a avaliação antes, avaliação durante, avaliação final e a avaliação do impacto, devido ao contexto em questão, serão aplicadas apenas as primeiras três fases.

Avaliação antes: **Qualitativa:** Questionário com perguntas abertas (Apêndice II) que compreenda a perceção do adolescente sobre as suas competências emocionais, envolvendo a identificação, verbalização e regulação das emoções.

Avaliação durante: Avaliação direcionada para o processo, reconhecendo os fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliar a necessidade de mudança.

Avaliação após: **Qualitativa:** Questionário com perguntas abertas (Apêndice II) que compreenda a perceção do adolescente sobre as suas competências emocionais, envolvendo a identificação, verbalização e regulação das emoções.

**Conclusão:**

O presente projeto visa alcançar os objetivos previamente dispostos, e avista-se o alcance dos mesmos. Numa reflexão com vista ao enquadramento da pertinência deste projeto, destacam-se algumas observações que passo a descrever.

Tendo este processo o fim de capacitar os jovens no que concerne ao seu autocontrolo, com destaque à sua regulação emocional, identificação das emoções e verbalização das emoções, destaca-se a correlação do tema escolhido com as especificidades do regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República, 2º Serie, n.º 151, 7 de

agosto de 2018, nomeadamente, que visa segundo o artigo 2º integrar, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Destes destaca-se no Anexo I, o ponto 3, que considera a ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizado as dinâmicas próprias de contexto, dos quais destaco as Unidades de Competência F 3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade., destacando-se para este estudo os seguintes critérios de avaliação publicados: F3.3.1. Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal; F3.3.4. Concebe, coordena e implementa, projetos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens; E, F3.3.5. Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e maltrato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.

#### **Referências bibliográficas:**

- Abreu, M. & Azevedo, A. (2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: Como facilitar uma transição? *Aolescente Saúde*. 3 (9). 21-28. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v9n3a04.pdf>.
- Loureiro, C. (2013). *Competências Sociais de Estudantes do Ensino Secundário: Construção, Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/143397233.pdf>.

Lluch-Canut M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. (Doctoral Thesis, Department of Behavioral Sciences Methodology: Universidade de Barcelona, Espanha). Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf)

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151- II Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+ ): manual de apoyo. Recuperado de <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/173986/1/Programa%20de%20Salud%20Mental%20Positiva%20MENTIS%20PLUS%2B.pdf>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### PLANO DAS SESSÕES

<b>Sessão 0: “Olá, quem és tu e quem sou eu?”</b>			
<b>Duração:</b>	20 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Método interativo.
<b>Recursos:</b>	Cadeiras	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; -Questionário com perguntas abertas sobre adolescência e transição para a vida adulta (Apêndice II); -Conversa entre os pares sobre as emoções dominantes na adolescência
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Quebra-gelo;</li> <li>-Apresentar os elementos e objetivos do projeto;</li> <li>-Aplicar Questionário no início e fim da atividade com perguntas abertas sobre a adolescência e transição para a vida adulta;</li> <li>-Incentivar e moderar uma conversa entre os pares sobre as emoções dominantes na adolescência</li> </ul>		

<b>Sessão 1: “As minhas emoções”</b>			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Cadeiras;	<b>Conteúdo:</b>	-Identificação e representação das emoções: alegria, tristeza, medo, raiva e nojo.
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar Quebra-gelo;</li> <li>-Aplicar Questionário no início e fim da atividade com perguntas abertas sobre a adolescência e transição para a vida adulta;</li> <li>-Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional;</li> <li>-Realizar uma intervenção sobre as emoções</li> </ul> <p><i>(descrição da atividade: colocar cinco círculos no chão com cor referente a cada emoção, abordar os temas que emergirem do grupo)</i></p>		

<b>Sessão 2: “Vamos falar as nossas emoções?” – parte um</b>			
<b>Duração:</b>	60 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Cadeiras; Projetor; Vídeo.	<b>Conteúdo:</b>	-Cinema (as diferenças nos grupos de pares).
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Quebra-gelo;</li> <li>-Aplicar Questionário no início e fim da atividade com perguntas abertas sobre a adolescência e transição para a vida adulta;</li> <li>-Apresentar filme “As vantagens de ser invisível”;</li> <li>-Reconhecer as diferentes emoções e o seu papel no crescimento;</li> <li>-Reconhecer a individualidade dentro dos grupos de pares.</li> </ul>		

<b>Sessão 3: “Vamos treinar a regulação das nossas emoções?”</b>			
<b>Duração:</b>	45 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Colchões.	<b>Conteúdo:</b>	-Ensino e treino sobre a técnica de relaxamento: respiração abdominal.
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar Quebra-gelo;</li> <li>-Aplicar Questionário no início e fim da atividade com perguntas abertas sobre a adolescência e transição para a vida adulta;</li> <li>-Ensinar sobre a técnica relaxamento: respiração abdominal;</li> <li>-Treinar a técnica de relaxamento: respiração abdominal;</li> <li>-Treinar em casa pelo menos uma vez por semana a técnica de respiração abdominal (intervenção pós-alta).</li> </ul>		

APÊNDICE III

Questionário Avaliação das Intervenções de Enfermagem

Projeto “Eu Consigo, Eu Decido!”

<i>Questões</i>	<i>Resposta</i>
<i>1. Quais são as emoções principais que conheces?</i>	
<i>2. Tens facilidade na verbalização das emoções?</i>	
<i>3. Que estratégias de regulação emocional conheces?</i>	
<i>4. Aquando de uma situação desafiante sentes-te capaz de a superar?</i>	

Muito obrigada!

## APÊNDICE 5

Projeto “Vamos Separar as Cores?”



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**“VAMOS SEPARAR AS CORES?”**

UM PROJETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
EMOCIONAIS

Joana Sofia Peixoto Henrique

Coimbra, 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**“VAMOS SEPARAR AS CORES?”**

UM PROJETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
EMOCIONAIS

Joana Sofia Peixoto Henrique

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do primeiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Ana Isa Baião e orientação pedagógica do Professor Doutor António Nabais.

Coimbra, 2024

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACeS-** Agrupamentos de Centros de Saúde

**EESMP-** Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**UCC-** Unidade de Cuidados na Comunidade

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>APRESENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>15</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>

## **INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida na estrutura curricular do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, procede-se a um estágio em contexto comunitário, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures. O presente estágio decorrerá na Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures (UCC), com a orientação do Professor Doutor António Nabais e da Enfermeira Ana Isa Baião, especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril veio criar a Rede de Cuidados de Saúde Primários, revoga ao Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, que afirma no capítulo I, artigo 1.º, ponto 2, que os centros de saúde se inserem na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários. No entanto, segundo o Despacho n.º 10143/2009, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 74, 16 de abril de 2009, artigo 9.º Carteira de Serviços, ponto 4, a reforma dos Centros de Saúde Primários encontra-se em curso, implicando a reorganização e criação de novas estruturas, sendo que de entre as unidades funcionais, consta a implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). As UCC visam abranger algumas áreas prioritárias, das quais destaco, pela pertinência ao presente documento, a alínea b do referido despacho, designadamente, as intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar.

O Programa Nacional e Saúde Escolar urge como diferencial no caminho da saúde. Faço destaque aos eixos estratégicos e áreas de intervenção, em específico ao eixo 1, Capacitação, cuja área de intervenção recai, entre outras, na área da saúde mental e competências socioemocionais. Destaco que o mesmo documento se refere aos Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais como parte integrante de “aprendizagens num contexto relacional de apoio (...) traduzindo-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos” (p.24).

O presente projeto elaborado visa um processo de capacitação das crianças no que concerne às suas competências emocionais, identificação das emoções e verbalização das emoções, sendo este conceito parte das competências socioemocionais, e podendo por si ser parte agregante dos projetos referidos no programa supracitado.

Destaca-se a correlação do tema escolhido com as especificidades do regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República, 2.ª Serie, n.º 151, 7 de agosto de 2018, nomeadamente, que visa segundo o artigo 2.º integrar, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Destes destaca-se no Anexo I, o ponto 3, que considera a ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizado as dinâmicas próprias de contexto, dos quais destaco as Unidades de Competência F 3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade., destacando-se para este estudo os seguintes critérios de avaliação publicados: F3.3.1. Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal; F3.3.4. Concebe, coordena e implementa, projetos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens; E, F3.3.5. Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e maltrato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.

Esta análise permite salientar a necessidade de alguns pontos inerentes e basais ao presente documento, nomeadamente a articulação de equipas e desenvolvimento de parcerias, visando a criação, coordenação e implementação de projetos, sendo uma das vias o sistema educativos, e cujo foco temático poderão ser os programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional.

O presente projeto apresenta-se estruturado da seguinte forma: inicialmente apresenta-se uma primeira introdução, seguida da fundamentação e contextualização teórica. Posteriormente encontra-se a apresentação do projeto e termino com a conclusão do mesmo.

Ressalva-se que o presente documento teve por base o Guia Orientador do Estágio de EESMP e o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A educação emocional nas crianças do pré-escolar urge como diferencial no processo de desenvolvimento das mesmas, tornando-as elementos em constante e contínuo desenvolvimento emocional e cognitivo (Magalhães, 2021).

Segundo Schoeps, Villanueva, Prado-Gascó e Montoya-Castilla (2018) a promoção destas competências, em especial as Competências Emocionais, potencia o desenvolvimento social e pessoal positivo, pois, e sendo congruente com o disposto por Sebatier, Cervantes, Torres e Sanudo (2017), o próprio meio que condicionará e modelará o desenvolvimento físico e emocional.

Clarificando o conceito em estudo, destaca-se a definição de Competência Emocional, definida por Costa e Faria (2013) como a capacidade de identificar as emoções, reconhecê-las e geri-las de forma saudável, esta definição é corroborada por Zsolnai (2015) que destaca os três elementos constituintes, designadamente a expressão de emoções, a compreensão de emoções e o experienciar e consecutivo regular das emoções. Segundo a literatura publicada e não publicada, o desenvolvimento e aplicação de estratégias que levem ao ensino e treino das competências sociais e emocionais providencia uma educação emocional, com impacto ao nível do reconhecimento das emoções, do seu impacto ao nível do comportamento (Merrel, 2008; Goleman, 2006). Este processo poderá ser desenvolvido através do desenvolvimento de estratégias de regulação das mesmas, sendo esta regulação emocional definida pela capacidade de gerir e adequar as emoções nos determinados contextos, nomeadamente a interação social, o cumprimento de regras e o próprio ato de brincar (Izard, Stark, Trentacosta & Schults, 2008). Assim, desenvolver estas competências, em especial em contexto pré-escolar, é crucial, sendo destacado por Moreira (2005) que a escola é o local de referência para o alcance de competências cognitivas que se pensa serem a “base do ajustamento global na idade adulta” (p.110), ensinando e treinando as crianças, em contexto escolar, através de programas e projetos de gestão de emoções, desenvolverá ambientes de partilha, ensino e treino (Silva, 2001), potenciadores do aumento das competências emocionais dos mesmos, aumentando a sua expressão emocional, regulação emocional e conhecimento emocional.

## 2. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

**Nome do Projeto:** “Vamos separar as cores?” - Um Projeto de Desenvolvimento das Competências Emocionais.

**Contexto:** Ensino Pré-escolar, Bucelas e Vila de Rei.

**Finalidade:** Desenvolver as competências emocionais nas crianças da turma do pré-escolar da Escola Básica de Bucelas.

**Objetivos:**

Gerais:

- Desenvolver o autoconhecimento, na sua dimensão emocional, nas crianças;
- Desenvolver a literacia emocional das crianças;
- Capacitar as crianças para as competências emocionais;
- Avaliar as intervenções realizadas.

Específicos:

- Identificar as emoções primárias: alegria, tristeza, medo, raiva e aversão;
- Incentivar a verbalização das emoções primárias;
- Ensinar sobre a técnica de relaxamento: respiração abdominal.

**População-alvo:** Crianças, do ensino pré-escolar, da Escola Básica de Bucelas e Vila de Rei.

**Crítérios de inclusão:** Crianças com consentimento informado autorizado pelo titular das responsabilidades parentais (Apêndice I); Crianças que demonstrem interesse em participar na atividade.

**Duração:** Projeto a implementar durante 1 mês.

**Recursos:** Estabelecidos no plano de sessões, ver Apêndice II.

**Parcerias:** Rede Cuidados Saúde Primários.

### Diagnósticos e Intervenções Autônomas de Enfermagem:

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1. Potencialidade para o desenvolvimento da criança	__/__/__
__/__/__	2. Capacidade para comunicar sentimentos comprometida	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autônomas de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1.1. Ensinar as crianças a reconhecer as cinco emoções primárias: Alegria (amarelo), Tristeza (Azul), Medo (roxo), Raiva (Vermelho), Aversão (Verde)	__/__/__
__/__/__	2.1. Incentivar a verbalização de emoções	__/__/__
__/__/__	2.2. Promover escuta ativa	__/__/__

### Atividades a desenvolver:

O projeto decorrerá ao longo de 1 mês, sendo constituído por cinco sessões, com duração de 20 a 30 minutos, conforme o conteúdo abordado, sendo que no Apêndice II se encontram descritas as sessões, duração, recursos, metodologia, conteúdo e justificação.

### Avaliação:

A avaliação dos projetos é segundo Loureiro (2013) feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos, segundo o autor destacam-se quatro momentos, a avaliação antes, avaliação durante, avaliação final e a avaliação do impacto.

Avaliação antes: **Quantitativa:** “Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (Anexo I)”.

Avaliação durante: Avaliação direcionada para o processo, reconhecendo os fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliar a necessidade de mudança.

Avaliação após: **Quantitativa:** “Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)-Follow-Up (Anexo II)”.

Avaliação do impacto: Após um mês do término da aplicação do projeto, validação com os docentes de turma se existiu alguma alteração ao nível das competências emocionais dos educandos (avaliar se existiu aumento da verbalização e identificação das emoções).

## **CONCLUSÃO**

O presente projeto visa alcançar os objetivos previamente dispostos, e avista-se o alcance dos mesmos.

Reflete-se sobre a pertinência do mesmo, não só ao nível da resposta a uma necessidade que emergiu da análise da comunidade em questão, mas também pelo tema *per si* de essencial desenvolvimento nesta faixa etária, conforme descrito na literatura previamente apresentada.

Como pontos fortes do presente projeto destaca-se a metodologia utilizada, com recurso a técnicas sociodramáticas, sendo diferenciais no contexto de aplicação.

Como limitações do presente projeto avistam-se a dificuldade de organização de horários entre o profissional e as equipas das unidades de cuidados primários e, respetivamente, saúde escolar, assim como dos educadores e encarregados de educação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzahrani, M., Alharbi, M., & Alodwani, A. (2019). The Effect of Social-Emotional Competence on Children Academic Achivement and Behavioral Development. *Internacional Education Studies*. 12(12). doi:10.5539/ies.v12n12p141
- Barbosa, N., Ribeiro, D., Andrade, A. & Gomes, A. (2018). Sociodrama com crianças no contexto escolar. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 10.15329/2318-0498.20180008
- Borges, R. (2017). *Efeitos das técnicas de relaxação em crianças: uma revisão sistemática* (Dissertação de Mestrado). <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22385/1/Mestrado%20-%20Psicomotricidade%20Relacional%20-%20Ruben%20Filipe%20Neves%20Borges%20-%20Efeitos%20das%20t%C3%A9cnicas%20de%20relaxa%C3%A7%C3%A3o%20em%20crian%C3%A7as....pdf>
- Carneiro, A. (2022). *Competências Socioemocionais na Infância e na Adolescência* (Dissertação de Mestrado). [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/6361/4/mpc\\_maria\\_beatriz\\_carneiro\\_dissertacao.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/6361/4/mpc_maria_beatriz_carneiro_dissertacao.pdf)
- Costa, A. & Faria, L. (2013). Aprendizagem Social e Emocional: Reflexões sobre a Teoria e a Prática na Escola Portuguesa. *Análise Psicológica*. 4(31). 407-424. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70841/2/88017.pdf>
- Despacho n° 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República- II Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Fernandes, M. (2012). *A influência da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente* (Dissertação de Mestrado). <https://core.ac.uk/download/pdf/70683746.pdf>
- Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Ideia y Creación Editorial, S.L.
- Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C. & Shultz, D. (2008). Beyond Emotion Regulation: Emotion Utilization and Adaptive Functioning. *Child Dev. Perspect.* 2. 156-163. doi: 10.1111/j.750-8606.2008.00058.x.
- Lages, A. (2021). *Papel explicativo da autorregulação emocional no envolvimento da escola e no rendimento académico de pré-adolescentes* (Dissertação de Mestrado). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/37365>.
- Loureiro, C. (2013). *Competências Sociais de Estudantes do Ensino Secundário: Construção, Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção* (Tese de doutoramento). <https://core.ac.uk/download/pdf/143397233.pdf>.
- Magalhães, M. (2021). *As emoções na Educação Pré-Escolar. O livro infantil como dispositivo pedagógico*. (Dissertação de Mestrado).
- Merrell, K. (2008). Assessing social skills and peer relation. In Merrell Behavioral, social and emotional assessment of children and adolescents. *New York: Taylor & Francis Group*, 379-410.
- Moreira, P. (2005). *Ser Professor: competências básicas*. 4. Porto: Porto Editora.
- Oliva, V.; Vianna, A. & Neto, F. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37 (3). 138-144. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000300008).
- Pereira, R. (2017). *Perdas e Luto: Uma análise psicanalítica do filme Divertida Mente* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Portugal.
- Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016. *Jornal Oficial da União Europeia*.

- Sabatier, C., Cervantes, D.R., Torres, M.M., Rios, O.H. & Sañudo, J.P. (2017). Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicologia Desde El Caribe*. 34(1). <https://psycnet.apa.org/record/2017-17484-006>.
- Schoeps, K., Villanueva, L., Prado-Gascó, V. & Montoya-Castilla, I. (2018). Development of Emotional Skills in Adolescents to Prevent Cyberbullying and Improve Subjective Well-Being. *Front. Psychol.* 9(2050). doi:10.3389/fpsyg.2018.02050
- Seal, F. (2004). Cinema therapy: Unique psychotherapy technique. *Positive Health*. 100. 9-11. <http://www.positivehealth.com/article/psychospiritual/cinema-therapy-uniquepsychotherapy-technique>.
- Silva, A. (2001). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes: Perspetiva de Prevenção em Saúde Mental na Adolescência* (Dissertação de mestrado). [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/4563/1/TMCS\\_Ana%20Silva.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/4563/1/TMCS_Ana%20Silva.pdf)
- Tinoco, R., Cláudio, D. & Sousa, N. (2014). *PASSE. Psi Dinâmica de Grupos: uma listagem de boas práticas. 1ª edição*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6542/1/PASSE%20psi2.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Guidelines on Mental health Promotive and Preventive Interventions for Adolescents*. ISBN 978-4-001185-4.
- Zsolnai, A. (2015). Social and Emotional Competence. doi: 10.14413/herj.2015.01.01.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### PLANO DAS SESSÕES

<b>Sessão 1: “Olá, quem és tu e quem sou eu?”</b>			
<b>Duração:</b>	30 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Interativo
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação da equipa que implementará o projeto; -Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; -Disponibilização do consentimento informado face à participação no projeto; -Disponibilização do questionário a ser preenchido pelo encarregado de educação intitulado de “Questionário de Capacidades e Dificuldades (DQS-POR)”.
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar quebra-gelo;</li> <li>-Apresentar os elementos dinamizadores do projeto;</li> <li>-Apresentar os objetivos e plano das sessões do projeto;</li> <li>-Disponibilizar para preenchimento o questionário “Questionário de Capacidades e Dificuldades (DQS-POR)”;</li> <li>-Propor TPC- Questionar um familiar sobre o que são as emoções.</li> </ul>		
<b>Justificação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio &amp; Sousa, 2014);</li> <li>-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade &amp; Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto;</li> <li>-Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).</li> </ul>		

<b>Sessão 2: “O monstro das cores e nós!”</b>			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras; Novelo de lã.	<b>Conteúdo:</b>	-Leitura livro “O Novelo das Emoções” de Elizabete Neves; -Identificação e representação das emoções (padrão de cores internacionalmente aceite): alegria (amarelo), tristeza (azul), medo (roxo), raiva (vermelho) e nojo (verde).  <b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente

			existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão “que emoções conheces?”, seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão inicialmente será lida e dramatizada, junto do grupo, a história “Novelo das Emoções”, a seguir a esta fase, serão identificadas as emoções primárias; será realizada uma dramatização das mesmas, à medida que o livro é lido, e será utilizado como recurso material um novelo de lã, com as respetivas cores.
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar Quebra-gelo;</li> <li>-Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional;</li> <li>-Realizar atividade de leitura, com recurso ao livro “Novelo das Emoções”</li> <li>-Realizar interpretação sociodramáticas das emoções e respetivas cores;</li> <li>-Propor TPC- abordar com familiar uma das emoções reconhecidas e identificar uma vivência.</li> </ul>		
<b>Justificação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade &amp; Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto;</li> <li>-Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).</li> </ul>		

<b>Sessão 3: “O círculo das emoções”</b>			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras;	<b>Conteúdo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atividade “O círculo das emoções”;</li> <li>-Identificação das emoções alegria, tristeza, medo, raiva e nojo;</li> <li>-Verbalização das emoções.</li> </ul> <p><b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão “que emoções conheces?”, seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão inicialmente serão colocados no chão cinco círculos, de cada cor alusiva às emoções, com desenhos alusivos às mesmas; num segundo momento irá ser dramatizada para o grupo cinco situações alusivas às cinco</p>

			emoções, onde será pedido ao grupo para identificar a emoções indo para o círculo correspondente.
<b>Objetivos:</b>	-Realizar atividade “O círculo das emoções”; -Realizar quadro síntese das emoções; -Propor TPC, abordar com um familiar a emoção que foi predominante no seu dia.		
<b>Justificação:</b>	-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

Sessão 4: “Como gerir o que sinto?”			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Telemóvel; Colunas.	<b>Conteúdo:</b>	<p>-Ensino de estratégias de libertação de tensão física, aquando da emoção raiva e medo;</p> <p>-Aplicação do áudio “Senta-te Quietinho como uma Rã” de Eline Snel;</p> <p>-Entrega do “Questionário de Capacidades e Dificuldades SDQ-POR- Follow-up”.</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão “que emoções conheces?”, seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão iremos dramatizar as emoções raiva e medo e posteriormente irão ser dispostas uma almofada por cada criança, no momento da dramatização será pedido à criança que identifique a emoção e posteriormente que pegando na almofada liberte qualquer tensão física existente (batendo com ou na almofada), visa-se que a criança compreenda que estas emoções são geradoras de alterações físicas, sendo a tensão muscular uma delas, e que esta deverá ser projetada para um objeto); num segundo momento, será dinamizado um momento com recurso tecnológico de um áudio referente ao audiolivro “Senta-te Quietinho como uma Rã”, que proporciona um momento de relaxamento com recurso à técnica de <i>mindfulness</i> e ensino da técnica de relaxamento: respiração abdominal.</p>

<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar estratégias de libertação de tensão física;</li> <li>-Ensinar estratégia de regulação emocional- Respiração Abdominal;</li> <li>-Propor TPC: Repetir com a família a técnica de respiração abdominal.</li> </ul>
<b>Justificação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atividade que pressupõe a identificação e expressão das emoções, expressão esta a ser identificada pelos pares, com necessidade de regulação de emoções ao longo da atividade. Existe uma reflexão final sobre a comunicação não verbal e a importância desta (DGS, 2015);</li> <li>-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade &amp; Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto;</li> <li>-Segundo Marodin, Lanzanova e Rossi (2020) o <i>mindfulness</i> não potencia apenas o processo de aprendizagem, como também o desenvolvimento físico, mental e emocional da criança;</li> <li>-Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).</li> </ul>

<b>Sessão 5: “Até já emoções!”</b>			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Validação de conhecimentos, através da teatralização das emoções e identificação das mesmas por parte da turma, com a presença dos pais/elementos significativos;</li> <li>-Partilha de experiências, ideias e sugestões;</li> <li>-Recolha na sessão cinco, aos encarregados de educação o “Questionário de Capacidades e Dificuldades SDQ-POR- Follow-up”.</li> </ul> <p><b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão “que emoções conheces?”, seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão o grupo irá dramatizar as cinco emoções, sendo que serão criados cinco subgrupos e cada grupo irá dramatizar uma emoção, com vista à identificação da referida emoção pelos restantes pares e familiares presentes/elementos significativos. Numa fase final visa-se a partilha de experiências, ideias e sugestões de melhoria.</p>
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Validar conhecimentos adquiridos sobre as competências emocionais;</li> <li>-Partilhar experiências significativas com aplicação dos conhecimentos adquiridos;</li> </ul>		

<b>Justificação:</b>	<p>-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade &amp; Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto;</p> <p>-Seguimento da efetividade do projeto, isto é, da capacidade de que os resultados produzam mudanças significativas visa assim analisar o impacto da ação (Lacombe, como referido por Pereira, 2019).</p>
----------------------	--

## APÊNDICE II

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Ex.mo/a Senhor/a Encarregado/a de Educação/Estudante:

No âmbito do 1º semestre, do Segundo Ano, do Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Joana Sofia Peixoto Henrique, enfermeira, encontra-se a realizar, sob orientação da Prof. Doutor António Nabais, um projeto sobre o desenvolvimento das competências emocionais no ensino pré-escolar, intitulado de “Vamos Separar as Cores?”.

Este projeto encontra-se inserido enquanto reposta da UCC de Loures, ao nível da Saúde Escolar, e será desenvolvido com a tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Ana Isa Baião. Concretamente este projeto visa aplicar e avaliar a eficácia de um projeto com cinco sessões a realizar em crianças do pré-escolar, fomentando a capacitação dos mesmos ao nível das suas competências emocionais. A eficácia deste programa será avaliada com uma avaliação quantitativa através da realização de um questionário intitulado “Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-POR)”.

Assim, venho por este meio solicitar a colaboração de vossos Exmos, através da autorização da participação do vosso educando nas atividades propostas e processo de avaliação do projeto e preenchimento do questionário anteriormente referido. Destaco o anonimato e confidencialidade associada ao projeto, destinando-se única e exclusivamente para fins académicos e de investigação, pelo que os resultados serão analisados sempre em formato codificado.

Agradeço desde já a disponibilidade demonstrada assim como me disponibilizo para responder a qualquer informação adicional sobre o presente estudo.

Subscrevo-me com os mais cordiais cumprimentos,

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024,

Eu, \_\_\_\_\_ (Encarregado/a de educação do/a educado \_\_\_\_\_) tomei **conhecimento e autorizo** que o meu educando participe no projeto de intervenção no âmbito do estudo de promoção da relação entre os pares em contexto escolar.

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Assinatura \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADE E DE DIFICULDADES (SDQ-POR)

**Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)** p 2-4

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança ..... Masculino/Feminino

Data de nascimento .....

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refila frequentemente com os adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ser mau/má para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura ..... Data .....

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

© Robert Goodman, 2003

ANEXO II

“Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-POR)”- Follow-Up

**Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)** P 2-4  
FOLLOW-UP

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha **no último mês**.

Nome da criança ..... Masculino/Feminino

Data de nascimento .....

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refila frequentemente com os adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode ser mau/má para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

**Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado**

Desde que frequenta o tratamento, os problemas do seu filho/da sua filha:

Pioraram muito	Pioraram	Mantêm-se	Melhoraram	Melhoraram muito
<input type="checkbox"/>				

Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura ..... Data .....

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

© Robert Goodman, 2005

## APÊNDICE 6

Panfleto para os Pais do Projeto “Vamos Separar as Cores?”

**Contamos convosco?**

**Dia:** 20 de março de 2024

**Horário:** 17h30

Na salinha do seu educando/a

**E lembrem-se:**  
As competências emocionais visam o identificar, verbalizar e regular das emoções sentidas.

Quando estas competências são potenciadas ao nível das crianças em contexto do pré-escolar desenvolvem-se ambientes de partilha que aumentam a expressão e conhecimento emocional das crianças!

**Convidamo-vos para a despedida do nosso projeto das emoções!**

**Tragam questões, ideias e de melhoria e alegria!**

**Obrigada!**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LOURES - ODVELAS

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**“Vamos separar as Cores?”**

Enfermeira Joana Henrique  
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica  
Ana Isa Baião  
Prof. Dr. António Nabais

Costa, A. & Faria, L. (2013). Aprendizagem Social e Emocional: Reflexões sobre a Teoria e a Prática na Escola Portuguesa. Análise Psicológica, 4(31), 407-424. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79841/2/86017.pdf>



## APÊNDICE 7

### Apresentação do Projeto “Vamos Separar as Cores?”



# VAMOS SEPARAR AS CORES? Um Projeto sobre Emoções

Joana Sofia Peixoto Henrique  
Orientação: Professor Doutor António Nabais  
Enfermeira Tutora: Ana Isa Baião

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA  
Lisboa, 2024

## Sumário

Contextualização Teórica  
Projeto  
Conclusão  
Referências Bibliográficas

## CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A **educação emocional** nas crianças do pré-escolar urge como diferencial no processo de desenvolvimento das mesmas, tomando-as elementos em constante e contínuo desenvolvimento emocional e cognitivo (Magalhães, 2021).

### Competências Emocionais

Capacidade de identificar as emoções, reconhecê-las e geri-las de forma saudável (Costa & Faria, 2013; Zsolnai, 2015).

## Projeto

### Contexto

Ensino Pré-escolar, ULS Loures-Odivelas.

### Finalidade

Desenvolver as competências emocionais nas crianças do pré-escolar.

### Objetivos Gerais

- Desenvolver o autoconhecimento, na sua dimensão emocional, nas crianças;
- Desenvolver a literacia emocional das crianças;
- Capacitar as crianças para as competências emocionais;
- Avaliar as intervenções realizadas.

### Objetivos Específicos

- Identificar as emoções primárias: alegria, tristeza, medo, raiva e aversão;
- Incentivar a verbalização das emoções primárias;
- Ensinar sobre a técnica de relaxamento: respiração abdominal.

# Projeto

## População-alvo

Crianças, do ensino pré-escolar.

## CrITÉRIOS de inclusão

Crianças com consentimento informado autorizado pelo titular das responsabilidades parentais.

Crianças que demonstrem interesse em participar na atividade.

## Duração

Projeto a implementar durante 1 mês.

## Recursos

Estabelecidos no plano de Sessões.

## Parcerias

Rede Cuidados Saúde Primários.

## Diagnósticos e Intervenções Autónomas de Enfermagem

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1. Potencialidade para o desenvolvimento da criança	__/__/__
__/__/__	2. Capacidade para comunicar sentimentos comprometida	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autónomas de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1.1. Ensinar os adolescentes a reconhecer as cinco emoções primárias: Alegria (amarelo), Tristeza (Azul), Medo (roxo), Raiva (Vermelho), Aversão (Verde)	__/__/__
__/__/__	2.1. Incentivar a verbalização de emoções	__/__/__
__/__/__	2.2. Promover escuta ativa	__/__/__

# Avaliação

**Avaliação antes:** Quantitativa: “Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)”;

**Avaliação durante:** Avaliação direcionada para o processo, reconhecendo os fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliar a necessidade de mudança.

**Avaliação após:** Quantitativa: “Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)- Follow-Up (Anexo II)”.

**Avaliação do impacto:** Após um mês do término da aplicação do projeto, validação com os docentes de turma se existiu alguma alteração ao nível das competências emocionais dos educandos (avaliar se existiu aumento da verbalização e identificação das emoções).

## Atividades a Desenvolver

Sessão 1: “Olá, quem és tu e quem sou eu?”			
<b>Duração:</b>	30 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Interativo
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação da equipa que implementará o projeto; -Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; -Disponibilização do consentimento informado face à participação no projeto; -Disponibilização do questionário a ser preenchido pelo encarregado de educação intitulado de “Questionário de Capacidades e Dificuldades (DQS-POR)”.
<b>Objetivos:</b>	-Realizar quebra-gelo; -Apresentar os elementos dinamizadores do projeto; -Apresentar os objetivos e plano das sessões do projeto; -Disponibilizar para preenchimento o questionário “Questionário de Capacidades e Dificuldades (DQS-POR)”; -Propor TPC- Questionar um familiar sobre o que são as emoções.		
<b>Justificação:</b>	- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014); -A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

## Atividades a Desenvolver

Sessão 2: "As minhas emoções"			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramático
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras; Novelo de lã.	<b>Conteúdo:</b>	-Leitura livro "O Novelo das Emoções" de Elizabete Neves; -Identificação e representação das emoções (padrão de cores internacionalmente aceite): alegria (amarelo), tristeza (azul), medo (roxo), raiva (vermelho) e nojo (verde).  <b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão "que emoções conheces?", seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão inicialmente será lida e dramatizada, junto do grupo, a história "Novelo das Emoções", a seguir a esta fase, serão identificadas as emoções primárias; será realizada uma dramatização das mesmas, à medida que o livro é lido, e será utilizado como recurso material um novelo de lã, com as respetivas cores.
<b>Objetivos:</b>	-Realizar Quebra-gelo; -Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional; -Realizar atividade de leitura, com recurso ao livro "Novelo das Emoções" -Realizar interpretação sociodramáticas das emoções e respetivas cores; -Propor TPC- abordar com familiar uma das emoções reconhecidas e identificar uma vivência.		
<b>Justificação:</b>	-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

9

## Atividades a Desenvolver

Sessão 3: "O círculo das emoções"			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método sociodramático
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras;	<b>Conteúdo:</b>	-Atividade "O círculo das emoções"; -Identificação das emoções alegria, tristeza, medo, raiva e nojo; -Verbalização das emoções.  <b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão "que emoções conheces?", seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão inicialmente serão colocados no chão cinco círculos, de cada cor alusiva às emoções, com desenhos alusivos às mesmas; num segundo momento irá ser dramatizada para o grupo cinco situações alusivas às cinco emoções, onde será pedido ao grupo para identificar a emoções indo para o círculo correspondente.
<b>Objetivos:</b>	-Realizar atividade "O círculo das emoções"; -Realizar quadro síntese das emoções; -Propor TPC, abordar com um familiar a emoção que foi predominante no seu dia.		
<b>Justificação:</b>	-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

10

## Atividades a Desenvolver

Sessão 4: "Como gerir o que sinto?"			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Telemóvel; Colunas.	<b>Conteúdo:</b>	-Ensino de estratégias de libertação de tensão física, aquando da emoção raiva e medo; -Aplicação do áudio "Senta-te Quietinho como uma RA" de Eline Snel; -Entrega do "Questionário de Capacidades e Dificuldades SDQ-POR-Follow-up".  <b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão "que emoções conheces?", seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão iremos dramatizar as emoções raiva e medo e posteriormente irão ser dispostas uma almofada por cada criança, no momento da dramatização será pedido à criança que identifique a emoção e posteriormente que pegando na almofada liberte qualquer tensão física existente (batendo com ou na almofada), visa-se que a criança compreenda que estas emoções são geradoras de alterações físicas, sendo a tensão muscular uma delas, e que esta deverá ser projetada para um objeto; num segundo momento, será dinamizado um momento com recurso tecnológico de um áudio referente ao audiolivro "Senta-te Quietinho como uma RA", que proporciona um momento de relaxamento com recurso à técnica de Mindfulness.
<b>Objetivos:</b>	-Ensinar estratégias de libertação de tensão física; -Ensinar estratégia de regulação emocional- Respiração Abdominal; -Propor TPC: Repetir com a família a técnica de respiração abdominal.		
<b>Justificação:</b>	-Atividade que pressupõe a identificação e expressão das emoções, expresso esta a ser identificada pelos pares, com necessidade de regulação de emoções ao longo da atividade. Existe uma reflexão final sobre a comunicação não verbal e a importância desta (DCIS, 2015); -A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Segundo Marodin, Lanzanova e Rossi (2020) o Mindfulness não potencia apenas o processo de aprendizagem, como também o desenvolvimento físico, mental e emocional da criança; -Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

11

## Atividades a Desenvolver

Sessão 5: "Até já emoções!"			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Sociodramática
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	-Validação de conhecimentos, através da teatralização das emoções e identificação das mesmas por parte da turma, com a presença dos pais/elementos significativos; -Partilha de experiências, ideias e sugestões; -Recolha na sessão cinco, aos encarregados de educação o "Questionário de Capacidades e Dificuldades SDQ-POR-Follow-up".  <b>Descrição da atividade:</b> todas as atividades seguirão o método sociodramático, sendo que inicialmente existirá um aquecimento inespecífico, seguindo-se um específico que partirá da questão "que emoções conheces?", seguindo-se o momento da dramatização e partilha. Nesta sessão o grupo irá dramatizar as cinco emoções, sendo que serão criados cinco subgrupos e cada grupo irá dramatizar uma emoção, com vista à identificação da referida emoção pelos restantes pares e familiares presentes/elementos significativos. Numa fase final visa-se a partilha de experiências, ideias e sugestões de melhoria.
<b>Objetivos:</b>	-Validar conhecimentos adquiridos sobre as competências emocionais; -Partilhar experiências significativas com aplicação dos conhecimentos adquiridos;		
<b>Justificação:</b>	-A aplicação do sociodrama no contexto educacional apresenta resultados significativos ao nível das modificações relacionais e afetivas, assim como maior socialização e expressão verbal (Barbosa, Ribeiro, Andrade & Gomes, 2018), pelo que esta metodologia se avista como significativa para o sucesso da eficácia do presente projeto; -Seguimento da efetividade do projeto, isto é, da capacidade de que os resultados produzam mudanças significativas visa assim analisar o impacto da ação (Lacombe, como referido por Pereira, 2019).		

12



## Conclusão

### Resultados esperados

O presente projeto visa alcançar os objetivos previamente dispostos, e avista-se o alcance dos mesmos.

### Destaques

Esta análise permitiu salientar a necessidade de articulação de equipas e desenvolvimento de parcerias, visando a criação, coordenação e implementação de projetos, sendo uma das vias o sistema educativo, e cujo foco temático poderão ser os programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócioemocional.

### Limitações

Avistam-se a dificuldade de organização de horários entre o profissional que irá implementar o estudo e as equipas das unidades de cuidados primários e, respetivamente, saúde escolar, assim como dos educadores e encarregados de educação.



# VAMOS SEPARAR AS CORES? Um Projeto sobre Emoções

Joana Sofia Peixoto Henrique  
Orientação: Professor Doutor António  
Nabais  
Enfermeira Tutora: Ana Isa Baião

**OBRIGADA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA  
Lisboa, 2024





## APÊNDICE 8

Projeto “O Círculo que a Mente Une”



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

JOANA SOFIA PEIXOTO HENRIQUE

**“O CÍRCULO QUE A MENTE UNE?” – UM PROJETO SOBRE A SAÚDE  
MENTAL**

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do primeiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Ana Isa Baião e orientação pedagógica do Professor Doutor António Nabais.

Coimbra, 2024

### **Contextualização teórica:**

Os assistentes de ação educativa são, segundo o Decreto-Lei n.º 184/2004, de 29 de julho, orientados para o apoio a alunos, docentes e encarregados de educação, no desenvolvimento do projeto educativo da escola, caracterizando-se pela sua exposição profissional como uma população fragilizada, com baixa literacia em saúde e com dificuldade na identificação de estratégias úteis à promoção da sua própria saúde mental (Yang Hsu, Ye & Sin, 2022).

No entanto, atualmente é escassa a literatura publicada que analise a saúde mental desta população assim como dos projetos em vigor que visem colmatar esta necessidade, pelo que este projeto emergiu desse propósito. Visando uma intervenção direcionada, realizou-se uma análise das necessidades específicas desta população com recurso à literatura publicada, observando-se o destaque para o stress ocupacional.

Assim e visando dar resposta à necessidade identificada, desenvolveu-se o presente projeto, com foco no stress ocupacional.

### **Apresentação do projeto**

**Nome do Projeto:** “O círculo que a mente une”- Um projeto sobre a saúde mental

**Contexto:** Assistentes de ação educativa a exercer funções na Escola Básica de Bucelas.

**Finalidade:** Promover a saúde mental dos assistentes de ação educativa em contexto escolar.

### **Objetivos:**

#### Gerais:

- Desenvolver a literacia emocional;
- Capacitar os assistentes de ação educativa para a partilha de emoções;
- Incentivar a procura de ajuda aquando de alterações de saúde mental;
- Avaliar as intervenções realizadas.

#### Específicos:

- Reconhecer o conceito de saúde mental;

- Identificar as doenças mentais predominantes em Portugal;
- Identificar os principais elementos stressores em contexto profissional;
- Identificar os recursos comunitários existentes referentes à saúde mental;
- Promover a partilha de emoções;

**População-alvo:** Assistentes de ação educativa da Escola Básica de Bucelas.

**Crítérios de inclusão:** Assistentes de ação educativa saudáveis (não clínicos), a exercer funções na Escola Básica de Bucelas;

**Duração:** Projeto a implementar durante 1 mês.

**Recursos:** Estabelecidos no plano de sessões, ver Apêndice I.

**Parcerias:** Rede Cuidados Saúde Primários.

**Diagnósticos e Intervenções Autónomas de Enfermagem:**

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1. Copping comprometido	__/__/__
__/__/__	2. Baixa literacia em saúde	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autónomas de Enfermagem	Data de término
__/__/__	1.1. Avaliar o copping;	__/__/__
	1.2. Promover escuta ativa;	
	1.3. Otimizar sistema de apoio social;	
__/__/__	2.1. Implementar projeto de literacia em saúde	__/__/__

**Atividades a desenvolver:**

O projeto decorrerá ao longo de 1 mês, sendo constituído por cinco sessões, com duração de 30 a 45 minutos, conforme o conteúdo abordado, sendo que no Apêndice I se encontram descritas as sessões, duração, recursos, metodologia, conteúdo e justificação.

**Avaliação:**

A avaliação dos projetos é segundo Loureiro (2013) feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos, segundo o autor destacam-se quatro momentos, a avaliação antes, avaliação durante, avaliação final e a avaliação do impacto.

Avaliação antes: **Quantitativa:** Questionário de Stress Ocupacional (Anexo I).

Avaliação durante: Avaliação direcionada para o processo, reconhecendo os fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliar a necessidade de mudança.

Avaliação após: **Quantitativa:** Questionário de Stress Ocupacional (Anexo I).

Avaliação do impacto: Após um mês do término da aplicação do projeto, validação com os profissionais se existiu alguma alteração ao nível da sua perceção de saúde mental.

### **Conclusão:**

O presente projeto visa alcançar os objetivos previamente dispostos, e avista-se o alcance dos mesmos. Numa reflexão com vista ao enquadramento da pertinência deste projeto, destacam-se algumas observações que passo a descrever.

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril veio criar a Rede de Cuidados de Saúde Primários, revoga ao Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, que afirma no capítulo I, artigo 1º, ponto 2, que os centros de saúde se inserem na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários. No entanto, segundo o Despacho n.º 10143/2009, publicado em Diário da República, 2.º série, n.º 74, 16 de abril de 2009, artigo 9.º Carteira de Serviços, ponto 4, a reforma dos Centros de Saúde Primários encontra-se em curso, implicando a reorganização e criação de novas estruturas, sendo que de entre as unidades funcionais, consta a implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Este projeto insere-se assim no âmbito de ação das UCC, dando resposta a uma necessidade identificada, visando promover a literacia em saúde dos assistentes operacionais em contexto escolar. Destaco a correlação do tema escolhido com as especificidades do regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República, 2º Serie, n.º 151, 7 de agosto de 2018, nomeadamente, que visa segundo o artigo 2º integrar, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Destes destaca-se no Anexo I, o ponto 3, que considera a ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizado as dinâmicas próprias de contexto, dos quais destaco as Unidades de Competência F 3.3. Realiza e

implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade., destacando-se para este estudo os seguintes critérios de avaliação publicados: F3.3.1. Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.

Os assistentes de ação educativa são considerados profissionais de excelência no contexto com os elementos constituintes da rede escolar, no entanto, são muitas vezes negligenciados, sendo a literatura publicada evidente na identificação de fatores de risco ao nível da saúde mental, como a baixa literacia em saúde, e na própria identificação de alterações da saúde mental dos mesmos.

Esta análise permite salientar a necessidade de alguns pontos inerentes e basais ao presente documento, nomeadamente a articulação de equipas e desenvolvimento de parcerias, visando a criação, coordenação e implementação de projetos.

Destaco como possíveis limitações a ausência de compatibilidade horária entre os diversos intervenientes.

#### **Referências bibliográficas:**

Decreto-Lei n.º 184/2004, de 29 de julho. Diário da República, 2.ª série- N. 177, de 2004-07-29.

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República- II Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa, Portugal: Autor.

Gomes, R. (2010). Questionário de Stress Ocupacional. Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento Humano. <https://docplayer.com.br/185767561-Questionario-de-stress-ocupacional-versao-geral-qso-vg-autoria-a-rui-gomes-2010.html>

Moreira, P. (2005). *Ser Professor: competências básicas*. 4. Porto: Porto Editora.

Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016.  
*Jornal Oficial da União Europeia.*

Tinoco, R., Cláudio, D. & Sousa, N. (2014). *PASSE. Psi Dinâmica de Grupos: uma listagem de boas práticas. 1ª edição.* Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6542/1/PASSE%20psi2.pdf>

Yang, L., Hsu, C., Ye, T. & Sin, K. F. (2022). Assessing Emotions of Teaching Assistants in Inclusive Education. *Sec. Educational Psychology.* 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.813726>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### PLANO DAS SESSÕES

Sessão 0: “Olá, quem és tu e quem sou eu?”			
<b>Duração:</b>	30 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Método expositivo e interativo.
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação da equipa que implementará o projeto; -Disponibilização do consentimento informado; -Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; -Aplicação do “Questionário de Stress Ocupacional”;
<b>Objetivos:</b>	-Quebra-gelo; -Apresentar os elementos dinamizadores do projeto; -Apresentar os objetivos e plano das sessões do projeto; -Aplicar o “Questionário do Stress Ocupacional” (Gomes, 2010).		
<b>Justificação:</b>	- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014).		

Sessão 1: “Vamos formar um círculo?”			
<b>Duração:</b>	45 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Sala; Cadeiras;	<b>Conteúdo:</b>	-Identificar o conceito de doença mental; -Identificação das doenças mentais predominantes em Portugal; -Identificação das doenças mentais predominantes ao nível dos assistentes de ação educativa; -Identificação de fatores stressores em contexto ocupacional.
<b>Objetivos:</b>	-Realizar Quebra-gelo; -Identificar as doenças mentais predominantes em Portugal; -Identificar fatores precipitantes do stress ocupacional.		
<b>Justificação:</b>	- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014).		

Sessão 2: “Um círculo que já se conhece”			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Sala; Cadeiras;	<b>Conteúdo:</b>	-Estratégias de <i>coping</i> face ao stress ocupacional;

			-Ensino e treino da técnica de relaxamento: Respiração Abdominal.
<b>Objetivos:</b>	-Quebra-gelo; -Identificar as estratégias de coping face ao stress ocupacional; -Informar sobre as diversas técnicas de relaxamento; -Ensinar e treinar sobre a técnica de relaxamento: Respiração Abdominal.		
<b>Justificação:</b>	- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014); --A respiração abdominal é diferencial enquanto estratégia de autogestão, permitindo a redução da atividade do sistema nervoso simpático e aumentando a atividade do sistema nervoso parassimpático, o que pode sua vez leva à redução do stress (Borges, 2017);		

<b>Sessão 3: “Vamos rever o nosso círculo?”</b>			
<b>Duração:</b>	40 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Sala; Cadeiras.	<b>Conteúdo:</b>	-Revisão dos conteúdos abordados ao nível da saúde mental; -Identificação das redes de suporte/apoio ao nível da saúde mental
<b>Objetivos:</b>	-Quebra-gelo; -Realizar quadro síntese ao nível da saúde mental (conceito, patologias predominantes, estratégias de relaxamento); -Identificar redes de suporte ao nível da saúde mental.		
<b>Justificação:</b>	-O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014).		

<b>Sessão 4: “Adeus ao círculo”</b>			
<b>Duração:</b>	30 minutos	<b>Metodologia:</b>	Método interativo
<b>Recursos:</b>	Sala de aula; Colchões.	<b>Conteúdo:</b>	-Esclarecimento de dúvidas; -Avaliação final do projeto.
<b>Objetivos:</b>	-Quebra-gelo; -Esclarecer dúvidas existentes; -Aplicar o “Questionário do Stress Ocupacional” (Gomes, 2010).		
<b>Justificação:</b>	- O quebra-gelo é uma estratégia que visa a diminuição das barreiras entre os pares num determinado contexto e reconhecimento do grupo no seu todo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014); Os trabalhos para casa, geralmente designado por tarefas para casa, potenciam no adolescente o generalizar e aplicar no seu quotidiano o que foi aprendido nas intervenções (Loureiro, 2013).		

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Questionário de Stress Ocupacional (QSO-VG)- Gomes (2010)



Universidade Católica Portuguesa | Braga | Psicologia

#### Parte III

#### Questionário de Stress Ocupacional – Versão Geral (QSO-VG) - (Gomes, 2010)

##### 1ª Parte

Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de “stress” que sente **geralmente** no exercício da sua actividade profissional.

Em **TERMOS GERAIS**, a minha actividade profissional provoca-me...

Escala	0	1	2	3	4
	Nenhum Stresse	Pouco Stresse	Moderado Stresse	Bastante stresse	Elevado Stresse

##### 2ª Parte

Apresentam-se seguidamente várias **fontes** potencialmente geradoras de “*stress*” na sua actividade **profissional**. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o **nível de stress/pressão** gerado por cada potencial fonte de stress no exercício da sua actividade profissional (0=Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4=Elevado stress).

Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor não responda a essa questão deixando-a “em branco”.

Escala	0	1	2	3	4
	Nenhum Stresse	Pouco Stresse	Moderado Stresse	Bastante stresse	Elevado Stresse

##### Fontes:

1 - A falta de possibilidades de desenvolvimento e promoção na carreira.	0	1	2	3	4
2 - Atitudes negativas relativamente ao nosso trabalho por parte das pessoas a quem presto os meus serviços.	0	1	2	3	4
3- Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0	1	2	3	4
4 - Conflitos e problemas com colegas de trabalho.	0	1	2	3	4
5- Trabalhar muitas horas seguidas.	0	1	2	3	4



Universidade Católica Portuguesa | Braga | Psicologia

Escala	0	1	2	3	4
	Nenhum Stresse	Pouco Stresse	Moderado Stresse	Bastante stresse	Elevado Stresse
7 - Falta de condições de trabalho.	0	1	2	3	4
8 - Incompreensão face ao nosso trabalho por parte das pessoas a quem presto os meus serviços. (ex: clientes, cidadãos, etc.)	0	1	2	3	4
9 - Falta de materiais e equipamentos para realizar o meu trabalho.	0	1	2	3	4
10 - O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.	0	1	2	3	4
11 - Ter de realizar muitas horas seguidas de trabalho.	0	1	2	3	4
12- Conflitos e problemas com superiores hierárquicos.	0	1	2	3	4
13- Cumprir com aquilo que é esperado pelas pessoas a quem presto os meus serviços (ex: clientes, cidadãos, etc.)	0	1	2	3	4
14- Falta de tempo para dar apoio e conviver com a minha família/amigos.	0	1	2	3	4
15 - Falta de perspectivas de progressão na carreira.	0	1	2	3	4
16- A sobrecarga ou excesso de trabalho.	0	1	2	3	4
17 - Os conflitos interpessoais com outros colegas de trabalho.	0	1	2	3	4
18 - Falta de meios e condições de trabalho.	0	1	2	3	4
19 - Salário inadequado/insuficiente.	0	1	2	3	4
20 - A falta de apoio e ajuda por parte dos meus superiores.	0	1	2	3	4
21 - Nível de exigência das pessoas a quem presto os meus serviços (ex: clientes, cidadãos, etc.)	0	1	2	3	4
22 - Comportamentos incorrectos e/ou inadequados de colegas de trabalho.	0	1	2	3	4
23 - Falta de tempo para estar com a família/amigos.	0	1	2	3	4
24 - O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho por parte dos meus superiores.	0	1	2	3	4

Gomes, R. (2010). Questionário de Stress Ocupacional. Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento Humano. <https://docplayer.com.br/185767561-Questionario-de-stress-ocupacional-versao-geral-qso-vg-autoria-a-ru-i-gomes-2010.html>

## **APÊNDICE 9**

Reflexão Crítica: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Consulta de Atendimento Juvenil



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**REFLEXÃO CRÍTICA- PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA NO PROJETO “ATENDIMENTO JUVENIL”**

Joana Sofia Peixoto Henrique

Coimbra, março de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**REFLEXÃO CRÍTICA- PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA NO PROJETO “ATENDIMENTO JUVENIL”**

Unidade Cuidados na Comunidade de Loures

Joana Sofia Peixoto Henrique

Orientador: Professor Doutor António Nabais, ESEnfC

Coorientador: Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Ana Isa Baião, UCC de  
Loures

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do  
segundo semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica

Coimbra, março de 2024

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**EESMP**- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**OE**- Ordem dos Enfermeiros

**SNS**- Serviço Nacional de Saúde

**UCC**- Unidade de Cuidados na Comunidade

**ULS**- Unidade Local de Saúde

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
METODOLOGIA.....	6
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	6
CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Loures apresenta uma diversidade de projetos integrados em Planos de Ação Bienais, sendo que o último documento disponibilizado para o presente estudo foi referente ao biénio 2016-2018, e objetivava os seguintes pontos: Organizar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população no âmbito domiciliário e comunitário; Intervir em programas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade; Prestar cuidados de saúde com qualidade técnico-científica reconhecida; Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas, de modo a corrigir desvios e melhorar a qualidade dos serviços prestados; Conciliar as metas a atingir, com os valores preconizados pela ARSLVT nas diferentes áreas; Receber formação sobre os sistemas de informação a utilizar pela UCC Loures; Informatizar todos os dados de saúde dos utentes seguidos na UCC Loures, através do SAPE; Garantir a uniformização e qualidade dos registos efetuados; Fomentar a formação dos profissionais envolvidos na UCC Loures e colaborar ativamente na formação de novos técnicos de saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, 2016, p.12).

De entre os diversos projetos identificados no plano de ação supracitado, faz-se destaque ao projeto "Atendimento Juvenil", caracterizado como um espaço de atendimento personalizado e gratuito, onde se intervém ao nível da promoção e prevenção da doença, assim como do encaminhamento e acompanhamento aquando alterações identificadas ao nível da saúde, abrangendo a população dos 12 aos 21 anos (Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, 2016).

Como objetivos o mesmo identifica: a) Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis; b) Contribuir para a prevenção de problemas de saúde ligados aos estilos de vida; c) Identificar e acompanhar/encaminhar situações de risco; d) Identificar fatores de risco de gravidez na adolescência; e) Proporcionar acesso a acompanhamento psicológico; f) Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais; g) Identificar situações que possam ser articuladas com outros projetos da UCC Loures; h) Desenvolver e articular projetos com os parceiros comunitários (Escola, Câmara, Junta de Freguesia, CPCJ, IDT...); E, i) articular para consultas de diferentes especialidades (Ginecologia, Dermatologia, DST, Psiquiatria...) (Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, 2016, p.68).

À presente data, a alocação dos enfermeiros neste projeto é realizada pela Enfermeira Coordenadora da UCC de Loures, sendo que, quando questionada, esclareceu que a mesma é realizada consoante as competências pessoais dos enfermeiros, não sendo necessário competências académicas ou profissionais específicas. No entanto, quando realizada uma leitura dos objetivos supracitados, destacam-se dois objetivos que fazem alusão ao domínio de competências de âmbito psicoterapêutico por parte do enfermeiro, nomeadamente o objetivo e)

Proporcionar acesso a acompanhamento psicológico e f) Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Sendo a reflexão crítica sobre o papel do EESMP em contexto comunitário, um dos focos ao nível da formação académica do mesmo, urge a presente reflexão como diferencial, procurando analisar a congruência dos recursos humanos a que o projeto recorre, face aos objetivos descritos pelo mesmo.

Quando analisado o Regulamento n.º 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, observa-se que:

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427).

Assim, tendo em conta que dois dos nove objetivos gerais exigem a mobilização na prática clínica de conhecimentos científicos, humanos e técnicos da área da saúde mental e psiquiatria, urge refletir criticamente sobre o papel do EESMP na consulta de Atendimento Juvenil.

## **METODOLOGIA**

Abordagem metodológica de Estudo de Caso, de índole descritiva, de duas consultas de enfermagem no Atendimento Juvenil da UCC de Loures, realizadas entre o período de 24 de janeiro a sete de fevereiro.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Segundo a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2022) o Atendimento Juvenil caracteriza-se como um espaço de atendimento individualizado, com origem a 1999, sem custos ou burocracias associadas, que visa a criação de um espaço seguro, com foco na relação terapêutica, procurando ir de encontro às necessidades da população com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos. A consulta é caracterizada por uma triagem inicial, realizada pelo enfermeiro, que identifica a necessidade de encaminhar para a equipa multidisciplinar, quer ao nível médico quer de psicologia, seguindo-se de um momento de desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem.

Neste seguimento, a primeira reflexão deverá ser sobre o processo de triagem realizado. Conforme descrito na literatura, os sistemas de triagem visam estabelecer uma prioridade de ação aquando da avaliação da pessoa alvo de cuidados, sendo os resultados da mesma condicionados

pelo profissional que executa a mesma (Acosta, Duro & Lima, 2012). Usualmente estes são associados ao contexto de urgência, no entanto, a partir do momento em que existe uma avaliação multidimensional da pessoa com respetiva referência para a equipa multidisciplinar, de acordo com a avaliação prévia de um profissional, podemos afirmar que estamos perante um processo triagem (Fonseca, 2019).

Importa referir que, se o profissional identificar um adolescente pertencente a um grupo de alto risco, estando assim mais vulnerável, estamos perante uma triagem seletiva (Fonseca, 2019), pelo que a análise realizada pelo enfermeiro será diferencial para nos situarmos sobre o tipo de triagem, encaminhamento e consulta por si. Face a esta análise, e tendo em conta que a maioria das situações identificadas nesta consulta são referentes à saúde mental, quer ao nível da auto-estima, auto-conceito, isolamento social, ansiedade e estratégias de coping, emerge uma questão: estarão todos os profissionais capacitados para realizar uma triagem eficaz ao nível da análise da pessoa no domínio da saúde mental e respetiva consulta?

Simultaneamente à análise desta questão, destaca-se que o Atendimento Juvenil pressupõe “Proporcionar acesso a acompanhamento psicológico”, “Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais” e “Identificar e acompanhar/Encaminhar situações de risco” (Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, 2016).

Face à questão realizada, a resposta será “não”, pois, segundo o Regulamento n.º 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o enfermeiro EESMP apresenta-se como o enfermeiro mais capacitado na compreensão dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, reconhecendo as implicações desta alteração para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é sinérgica ao ambiente em que vive. Face aos objetivos designados reflete-se que o alcance dos mesmos só poderá ser realizado com a identificação de alterações de saúde mental, conhecimento sobre estratégias de desenvolvimento de competências pessoais e sociais e competências académicas que possibilitem a mobilização de instrumentos que permitam o acompanhamento de jovens em situações de risco, pelo que, segundo o regulamento supracitado, o profissional mais capacitado para o efeito, será o EESMP.

Passo agora a uma segunda análise, descritiva, de duas consultas de enfermagem do “Atendimento Juvenil”.

No dia 24 e 31 de janeiro de 2025 realizou-se uma colheita de dados, advinda de um processo observacional de duas consultas.

A 21 de janeiro a consulta realizada decorreu sob a metodologia de entrevista, com uma adolescente, que descreverei como Sra. A., com a presença da sua irmã Sra. R., maior de idade, e elemento de referência da mesma.

No que concerne à observação da fase inicial de acolhimento à consulta, observou-se que inicialmente, foi percebida a presença das duas jovens na sala de espera, tendo a enfermeira A. I. ido cumprimentar, reconhecendo que esta jovem que viria à consulta, por já ser seguida nesta consulta, por iniciativa da própria, há aproximadamente um ano. Num primeiro momento, foi questionado à adolescente, se poderia existir um elemento externo a observar a entrevista, que a mesma consentiu. A seguir, ambas as jovens entraram na sala e todos elementos presentes sentaram-se numa mesa redonda, a porta da sala foi fechada, deram-se os cumprimentos formais e deu-se início à entrevista.

No dia 31 de janeiro, a consulta do Atendimento Juvenil foi realizada a uma adolescente que descreverei como Sra. B., uma consulta de seguimento após identificação da jovem em contexto escolar durante a aplicação do programa "+contigo", sendo esta uma adolescente que além de ter sido referenciada, pediu ajuda à Enfermeira I. tendo sido aconselhada a ir a esta consulta, ao que a jovem consente.

No que concerne à observação da fase inicial de acolhimento à consulta, observou-se que a jovem entrou na sala sozinha, sendo que vinha acompanhada pela mãe que ficou na sala de espera. Entrou e sentou-se a 45º da Enfermeira I., a porta da sala foi fechada, e deu-se início à consulta, sob a metodologia de entrevista.

Face à observação das consultas por si, passo a descrever e analisar algumas características de cada caso supracitado.

Validou-se a existência de uma relação terapêutica entre a enfermeira e a Sra. A. e a enfermeira e a Sra. B., sendo este um ponto diferencial na intervenção, pois, embora este fenómeno seja difícil de compreender pela ausência de competências/indicadores específicos (Hartley, Raphael, Lovell & Berry, 2020), foi notória a mobilização do enfermeiro enquanto instrumento para o alcance da mesma, visando-se sinergicamente o estabelecimento de uma relação de confiança potenciadora da adesão esquema terapêutico desenvolvido ao nível das intervenções desenvolvidas, resultando, consecutivamente, na qualidade dos cuidados prestados (Coelho et al., 2020; Hartley, Raphael, Lovell & Berry, 2020). Validou-se a presente relação através dos seguintes fenómenos passíveis de identificação segundo Coelho et al. (2020): domínio da comunicação não-verbal da enfermeira I., respeito e reconhecimento da Sra. A. como um ser único e com capacidade de decisão sobre o que é o melhor para si mesma; compreensão, empatia, aceitação e não julgamento da Sra. A., tendo sido validado que a enfermeira I. é capaz de se libertar de todas as avaliações e juízos de valor.

Observou-se que ambas as entrevistas a Enfermeira I. utilizou as seguintes técnicas, descritas por Leal (2010): questionamento ("e o que é que isso te fez sentir?" (SIC)); clarificação ("então, o que me estás a dizer é ..." (SIC)); confrontação ("Vejo que me disseste que não estás nunca bem ou feliz, mas também me disseste que pintar te fazia sempre feliz, fazia sentir-te bem, e com esta

atividade desenhaste e disseste-me que te sentiste bem” (SIC)), reformulação (“Então, face ao que me disseste, percebi que as marcas na cara também te deixam a ti incomodada, afetam a tua autoestima” (SIC)), o esclarecimento (“Vejo que dizes que falar sozinha é algo que só as pessoas com esquizofrenia fazem, mas na verdade a esquizofrenia é uma doença onde um dos sintomas pode ser a pessoa falar com vozes que ouve ou pessoas que vê, isso acontece contigo?” (SIC)); o humor e o silêncio.

Valida-se como resultados das intervenções realizadas até à data à Sra. A.: continuidade das consultas no período de um ano, por iniciativa da própria; referência para equipa de psicologia com adesão da Sra. A., identificação por parte da Sra. A. das estratégias de coping adequadas às transições vivenciadas, existindo destaque à transição para a vida universitária; existência de compromissos sucessivos que foram cumpridos, adequados à pessoa alvo de cuidados, designadamente a escrita de uma carta de si para si, que fosse referente ao momento ou ciclo identificado pela própria, com o objetivo de, se quisesse, ler em consulta, ou ler num momento posterior; E, realização de intervenções psicoeducativas sobre o regime terapêutico em curso, esclarecimento de dúvidas que emergiram do diálogo, e intervenção psicoterapêutica no decorrer da presente entrevista.

Valida-se como resultados das intervenções realizadas à Sra. B.: adesão ao compromisso associado à consulta de seguimento, no intervalo de 15 dias; adesão ao compromisso demonstrado através da realização do trabalho de casa proposto pela Enfermeira I.; E, realização de intervenções psicoeducativas sobre a patologia “ansiedade” e “esquizofrenia”, e intervenção psicoterapêutica no decorrer da presente entrevista visando a realização de intervenções direcionadas ao diagnóstico, segundo a CIPE (2020), “Baixa autoestima” e “Conhecimento não demonstrado sobre saúde mental”.

Face às intervenções psicoterapêuticas realizadas em ambas as consultas, destaco as seguintes características que dão resposta aos princípios designados pela Ordem dos Enfermeiros (2023): intervenções estruturadas, sistematizada, progressiva e sequencial; decorre da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da Saúde Mental, destacando-se “Autoestima baixa”, “Ansiedade presente”, “Isolamento Social”, “Conhecimento não demonstrado sobre saúde mental” e “Estratégias de *coping* comprometidas”, (neste ponto estaco que a enfermeira I. valida que não existe registo de diagnósticos da presente consulta apenas registo pessoal facilitador do seguimento da Sra. A.); tem como base a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e a Sra. A. e o enfermeiro e a Sra. B.; E, tem como objetivo a mudança do estado percecionado como negativo pela Sra. A. e também pelas Sra. B., tendo sido estabelecido entre a enfermeira I. e a Sra. A. e a enfermeira I. e a Sra. B. metas mútuas.

Destaco que na presente colheita de dados foi possível observar a predominância das competências profissionais, embora as competências pessoais se encontrem presentes. Passo a

descrever as competências específicas, referidas em Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, intitulado de Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental Psiquiátrica, predominantemente observadas:

- a) **Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional** – valida-se que a Enfermeira I. demonstra uma tomada de consciência de si mesma durante a relação terapêutica e durante a realização de intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas, dando resposta aos seguintes critérios de avaliação publicados no regulamento supracitado: F1.1.1. Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar; F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica; F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico; E., F1.1.4. Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica;
- b) **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**- valida-se que a enfermeira I. executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (F.2.2.), dando resposta aos seguintes critérios de avaliação F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente; F. 2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental; E, F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia;
- c) **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**- valida-se que a enfermeira I. estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (F.3.1.) dando resposta aos seguintes critérios de avaliação: família, grupo e comunidade; F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados; E, F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os

clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros. Valida-se ainda que a enfermeira I. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (F.3.3.), dando resposta ao seguinte critério de avaliação: F3.3.1. Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando -se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal; E, F.3.5. 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.

- d) **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-** valida-se que a enfermeira I. 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 (F.4.2.), dando resposta aos seguintes critérios de avaliação F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições; F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

## CONCLUSÃO

Face à análise realizada, e tendo como base a regulamentação publicada em Diário da República, n.º 151/2018, designadamente, o Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, observa-se que a Enfermeira I. mobiliza-se por si como um instrumento que dá resposta aos objetivos estabelecidos do projeto “Atendimento Juvenil”. Reflete-se que ambas as consultas foram precedidas de um processo de triagem, tendo a Sra. A. sido referenciada para a equipa de psicologia, e tendo sido a Sra. B. aconselhada a aceder à realização de um acompanhamento por parte da equipa de psicologia. Destaca-se que para ambas as adolescentes, a Enfermeira I. apresenta-se como a enfermeira de referência (gestora de caso), fazendo o acompanhamento das adolescentes com o objetivo de as ajudar a conseguir acesso aos recursos que considera apropriados, e com vista à identificação das opções mais indicadas ao nível dos cuidados de saúde.

Face à observação realizada, à análise da literatura publicada é análise das consultas prévias, não observadas, mas discutidas com a Enfermeira I. destaca-se que o EESMP é o único profissional que apresenta as competências necessárias para dar resposta completa e diretiva aos objetivos e) Proporcionar acesso a acompanhamento psicológico e f) Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, destacados na análise do projeto “Atendimento Juvenil”, não podendo estes ser atingidos unicamente pelo recurso a *soft skills* pelo enfermeiro generalista ou o enfermeiro especialista em qualquer outra área de estudos da enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, A., Duro, C. & Lima, M. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2022). Atendimento Juvenil. UCC Loures.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2016). Plano de Ação Biénio 2016-2018. UCC Loures.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuno, M. & Merino, J. (2019). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental* (23). 63-72. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Diário da República no 122/2015 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Fonseca, M. (2019). Rastreios em saúde: conceitos. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. [Formato e estrutura de tese de mestrado \(ul.pt\)](#)

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K. & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care : a systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud*. 102. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2019.103490](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490)

Leal, I. (2010). Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio. Coleção Psicoterapia. 2º Edição. ISBN: 978-989-8463-07-4

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador De Boas Práticas De Intervenção Psicoterapêutica De Enfermagem. ISBN: 978-989-8444-64-6



## **APÊNDICE 10**

Projeto “Escrevo, Escreverei?”



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**PROJETO “ESCREVO, ESCRIVEREI?”**

Joana Sofia Peixoto Henrique

Coimbra, abril de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**PROJETO “ESCREVO, ESCREVEREI?”**

Contexto de Respostas Diferenciadas

Clínica da Juventude- Hospital de Dia, ULS de São José

Joana Sofia Peixoto Henrique

Orientador: Professor Doutor António Nabais, ESEnfC

Coorientador: Enfermeira ESMP Paula Vaz, ULS São José; Enfermeiro ESMP  
João Marques, ULS São José

Projeto realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica, do terceiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Coimbra, abril de 2024

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**EESMP**- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**SNS**- Serviço Nacional de Saúde

**ULS**- Unidade Local de Saúde

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>6</b>
<b>APRESENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>8</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS .....</b>	<b>11</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1- Estrutura das Sessões

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida na estrutura curricular do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, procedeu-se a um estágio em contexto de respostas diferenciadas, na Clínica da Juventude (Hospital de Dia) – Área de Pedopsiquiatria. O presente estágio decorreu sob a orientação do Professor Doutor António Nabais, da enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) Paula Vaz e do Enfermeiro ESMP João Marques.

O presente projeto emergiu de uma necessidade identificada num grupo de adolescentes que frequentam a Clínica da Juventude- Área Pedopsiquiatria, às segundas-feiras, no presente ano civil, designadamente a promoção da expressão de emoções através de intervenções de enfermagem com recurso ao mediador expressivo “escrita criativa”.

Como objetivo do presente projeto ao nível académico destaco o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas enquanto futura enfermeira ESMP, através da aplicação de um projeto que se caracteriza pela realização de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e socioterapêuticas num grupo de adolescentes.

Destaco que todo o processo de pensamento crítico encontra-se enquadrado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015), Regulamento de Competências Comuns (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EESMP (Regulamento n.º 515/2018).

Por fim, refiro que o presente trabalho apresenta-se estruturado em quatro partes. Inicialmente apresenta-se uma introdução. Segue-se a contextualização teórica do presente projeto. Num terceiro momento apresenta-se o projeto per si. Por fim, realiza-se uma conclusão. Ressalva-se que o presente documento teve como base o Guia Orientado de Estágio de EESMP e o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

A criatividade caracteriza-se como uma sinergia entre um atributo e um processo, verificável e passível de desenvolvimento ao nível da pessoa, necessário aos processos adaptativos (Ribeiro, Aguaded & Pedreira , 2019).

Numa meta análise realizada por Travagin, Margola e Revenson (2015) em adolescentes dos 12 aos 17 anos, observou-se que a realização de intervenções com recurso ao mediador expressivo “escrita criativa desenvolveu o aumento da sensação de bem-estar individual, resolução de problemas, interação social e participação em contexto escolar, destacando-se o efeito significativo ao nível do domínio avaliado “distress emocional”, tendo os autores auferido um impacto mais significativos nos adolescentes portadores de doença mental ao invés dos adolescentes sem doença mental diagnosticada.

Segundo Romm, Synnes e Bondevik (2022) o processo criativo associado à escrita enquanto mediador expressivo tem o potencial de aumentar a funcionalidade do individuo e de inimizar os sintomas na doença mental grave. Segundo os mesmo este mediador é descrito como o recurso à escrita, enquanto ferramenta, na pessoa portadora de doença mental, que visa o experienciar de uma sensação de bem-estar, através do alcance da capacidade de expressar-se, desenvolver a sua criatividade e empoderar-se, afirmando a sua identidade e dando voz às suas visões e experiências.

Ribeiro, Aguaded e Pedreira (2019) referem que este mediador, representado pela ausência género ou estilo literário, se manifesta ainda pelo melhor controlo da sintomatologia associada à doença mental, assim como redução dos sintomas percecionados pela mesma.

Romm, Synnes e Bondevik (2022) evidenciam enquanto resultados de um estudo qualitativo que incidiu sobre a perceção da aplicação de um projeto de intervenções psicoterapêuticas com recurso ao mediador expressivo “escrita criativa” algumas características que passo a descrever: o número ideal de participantes deverá ser entre cinco a seis, sendo dado igual tempo de execução e reflexão verbal; se o grupo for mais pequeno, poderá existir um aumento do tempo de exposição dos indivíduos podendo conferir uma sensação de desconforto. Os autores destacam também que no estudo realizado a entrada de elemento a meio da atividade não interferiu com o normal funcionamento da mesma, pelo que este não se apresenta como um problema. No presente estudo alguns dos elementos tinham dificuldade na escrita e leitura, não tendo este fator sido representado como um obstáculo, pelo contrário, o reforço positivo dado pelo esforço a ser realizado e ganhos finais conferiu uma conotação positiva à atividade.

Por fim, os autores destacam que os participantes referiram que estes momentos conferiram momentos de inspiração e suporte entre os elementos do grupo, verbalizando curiosidade face ao que os elementos do grupo haviam escrito, no entanto, enquanto esta intervenção potenciou na sua maioria a criatividade, sensação de bem-estar e estímulo criativo, também existiu um participante que manifestou ansiedade de performance não conseguindo realizar a atividade, tendo sido a incidência da intervenção que levou o participante a conseguir sentir segurança, associada à não obrigatoriedade de realização da atividade, conseguindo na última sessão intervir e realizar a atividade ao seu próprio ritmo.

## **APRESENTAÇÃO DO PROJETO**

**Nome do Projeto:** "Escrevo, escreverei?"

**Contexto:** Grupo de adolescente que frequenta o Hospital de Dia- Clínica da Juventude- Área Pedopsiquiatria.

**Finalidade:** Promover a expressão emocional dos adolescentes.

### **Objetivos:**

#### Gerais:

- Desenvolver a literacia emocional dos adolescentes;
- Desenvolver as competências socioemocionais dos adolescentes;
- Incentivar a expressão emocional dos adolescentes;
- Avaliar as intervenções realizadas.

#### Específicos:

- Estabelecer uma relação terapêutica;
- Promover a expressão de emoções através de intervenções de enfermagem com recurso ao mediador expressivo "escrita criativa";
- Promover a comunicação grupal.

**População-alvo:** Adolescentes, a frequentar o hospital de dia, no grupo de segunda-feira.

**Critérios de inclusão:** Adolescentes a frequentar o hospital de dia.

**Critérios de exclusão:** Adolescentes que não pretendam participar na atividade; Adolescentes que não conseguiam escrever qualquer palavra.

**Duração:** Projeto a implementar durante 3 semanas.

**Recursos:** Estabelecidos no plano de sessões, ver Apêndice I.

**Parcerias:** Não aplicável.

**Diagnósticos e Intervenções Autônomas de Enfermagem:**

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data de término
08/04/2024	1. Processos familiares disfuncionais	__/__/__
08/04/2024	2. Autoestima baixa	__/__/__
08/04/2024	3. Ansiedade	__/__/__
08/04/2024	4. Comunicação comprometida	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autônomas de Enfermagem	Data de término
08/04/2024	1.1. Escuta ativa, apoio emocional e aconselhamento do adolescente	__/__/__
08/04/2024	1.2. Identificar e fortalecer fatores protetores no adolescente	__/__/__
08/04/2024	2.1. Estabelecer relação de ajuda	__/__/__
08/04/2024	2.2. Ensinar técnicas de comunicação eficazes	__/__/__
08/04/2024	2.3. Estimular consciência de si próprio	__/__/__
08/04/2024	3.1. Encorajar técnicas de relaxamento ou outras identificadas pelo adolescente	__/__/__
08/04/2024	3.2. Identificar presença de sintomatologia física da ansiedade	__/__/__
08/04/2024	3.3. Promover expressão emocional	__/__/__
08/04/2024	4.1. Incentivar estratégias de comunicação eficazes	__/__/__

**Atividades a desenvolver:**

O projeto será constituído por três sessões, com duração de 45 minutos, conforme o conteúdo abordado, sendo que no Apêndice I se encontram descritas as sessões, duração, recursos, metodologia e conteúdo.

**Avaliação:**

A avaliação dos projetos é segundo Loureiro (2013) feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos. Para a avaliação do mesmo proceder-se-á a uma avaliação de carácter descritivo observacional. Sendo realizada uma avaliação simultânea direcionada para o processo, referida pelo autor referido, como uma avaliação que irá permitir o reconhecimento de fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliando a necessidade de mudança.

## **CONCLUSÃO**

Em síntese conclusiva destaco que se avista a aplicação de um projeto que visa a promoção da expressão emocional, avistando-se o alcance dos objetivos propostos.

Destaca-se que a escrita criativa se enaltece enquanto mediador expressivo de fácil recurso, indo de encontro ao mundo digital vivenciado pelos jovens, na medida em que o recurso à palavra poderá ser realizado quer em formato de papel quer digital.

Como fatores facilitadores, destaco os baixos recursos económicos associados ao projeto.

Como fatores limitadores, destaco o possível enviesamento ao nível dos resultados, advindes da possível ausência dos participantes ao nível das três sessões.

## REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

- Loureiro, C. (2013). *Competências Sociais de Estudantes do Ensino Secundário: Construção, Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção* (Tese de doutoramento). <https://core.ac.uk/download/pdf/143397233.pdf>.
- Ribeiro, L. V., R., Aguaded , I. & Pedreira, M., C., C (2019). Criatividade: educação e escrita criativa. *Revista Educação*. 53-78. Doi: 10.22560/reanec.v46i59.252
- Romm, K., L., Synnes, O. & Bondevik, H. (2023). Creative writing as a means to recover from early psychosis- experiences from a group intervention. *Arts & Health*. 15 (3). 292-305. <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.21303379>
- Travagin, G., Margola, D. & Revenson, T (2015). How effective are expressive writing intervention for adolescenta? A meta-analytuc review. *Clinical Pshychology Review*. 36. 42-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.003>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### Estrutura das Sessões

Sessão 1: "Observar o que vai cá dentro"			
<b>Duração:</b>	45 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Método interativo.
<b>Recursos:</b>	Folha branca ; Lápis ou caneta	<b>Conteúdo:</b>	<p>-Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração;</p> <p>-Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "escrita criativa", com ponto de partida na questão "A emoção que senti mais esta semana foi... porque...".</p> <p>Inicialmente será realizado o momento de foco, centrando-se no "aqui e agora" e abordando-se o tema da sessão. De seguida proceder-se a um momento de aquecimento, onde será solicitado a cada adolescente que referia três palavras que caracterizem a semana que experienciaram. No terceiro momento será realizado o desenvolvimento da atividade, onde será entregue uma folha a cada adolescente e será pedido que completem a frase "A emoção que senti mais esta semana foi... porque...". Após a fase escrita, será questionado aos elementos a sua vontade partilha ao grupo do que foi escrito e o seu significado. No fim, será realizado o encerramento, centrando o aqui e agora, agradecendo a participação dos mesmos.</p>
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Quebra-gelo;</li><li>-Apresentar os objetivos e plano das sessões do projeto;</li><li>-Incentivar a expressão emocional;</li><li>-Potenciar a interação social;</li><li>-Promover a comunicação;</li><li>-Capacitar o adolescente ao nível das suas competências emocionais.</li></ul>		

<b>Sessão 2: "Ler o que está cá dentro"</b>			
<b>Duração:</b>	45 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Método interativo.
<b>Recursos:</b>	Folha branca ; Lápis ou caneta	<b>Conteúdo:</b>	<p>-Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "escrita criativa", com ponto de partida na questão "Se eu pudesse escolher uma palavra que me descrevesse agora seria... porque...".</p> <p>Inicialmente será realizado o momento de foco, centrando-se no "aqui e agora" e abordando-se o tema da sessão. De seguida proceder-se a um momento de aquecimento, onde será solicitado a cada adolescente que referia três palavras que caracterizem a semana que experienciaram. No terceiro momento será realizado o desenvolvimento da atividade, onde será entregue uma folha a cada adolescente e será pedido que completem a frase "Se eu pudesse escolher uma palavra que me descrevesse agora seria... porque...". Após a fase escrita, será questionado aos elementos a sua vontade partilha ao grupo do que foi escrito e o seu significado. No fim, será realizado o encerramento, centrando o aqui e agora, agradecendo a participação dos mesmos.</p>
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incentivar a expressão emocional;</li> <li>-Incentivar a alocação no presente concreto;</li> <li>-Potenciar a interação social;</li> <li>-Promover a comunicação;</li> <li>-Capacitar o adolescente ao nível das sua competências emocionais.</li> </ul>		

<b>Sessão 3: "Escrever o que está cá dentro"</b>			
<b>Duração:</b>	45 minutos.	<b>Metodologia:</b>	Método interativo.
<b>Recursos:</b>	Folha branca ; Lápis ou caneta	<b>Conteúdo:</b>	<p>-Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "escrita criativa", com ponto de partida na questão "Se eu pudesse escolher uma palavra que me descrevesse no futuro seria... porque... e para isso vou..."</p> <p>Inicialmente será realizado o momento de foco, centrando-se no "aqui e agora" e abordando-se o tema da sessão. De seguida proceder-se a um momento de aquecimento, onde será solicitado a cada adolescente que referia três palavras que caracterizem a semana que experienciaram. No terceiro momento será realizado o desenvolvimento da atividade, onde será entregue uma folha a cada adolescente e será pedido que completem a frase "Se eu pudesse escolher uma palavra que me descrevesse no futuro seria... porque... e para isso vou...". Após a fase escrita, será questionado aos elementos a sua vontade partilha ao grupo do que foi escrito e o seu significado. No fim, será realizado o encerramento, centrando o aqui e agora, agradecendo a participação dos mesmos.</p>
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incentivar a expressão emocional;</li> <li>-Capacitar o adolescente ao nível das sua competências emocionais;</li> <li>-Potenciar a interação social;</li> <li>-Promover a comunicação;</li> <li>-Incentivar a projeção do adolescente no futuro.</li> </ul>		



## **APÊNDICE 11**

Projeto “O Ar Que Movo”



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Projeto “O Ar Que Movo”**

Joana Sofia Peixoto Henrique

Coimbra, maio de 2024



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**PROJETO “O AR QUE MOVO”**

Contexto de Respostas Diferenciadas

Clínica da Juventude- Hospital de Dia, ULS de São José

Joana Sofia Peixoto Henrique

Orientador: Professor Doutor António Nabais, ESEnfC

Coorientador: Enfermeira ESMP Paula Vaz, ULS São José; Enfermeiro ESMP João Marques, ULS São José

Projeto realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do terceiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Coimbra, maio de 2024

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**EESMP**- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**SNS**- Serviço Nacional de Saúde

**ULS**- Unidade Local de Saúde

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	6
<b>APRESENTAÇÃO DO PROJETO</b> .....	9
<b>CONCLUSÃO</b> .....	11
<b>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS</b> .....	12

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1- Estrutura das Sessões

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inserida na estrutura curricular do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, procedeu-se a um estágio em contexto de respostas diferenciadas, na Clínica da Juventude (Hospital de Dia) – Área de Pedopsiquiatria, sob a orientação do Professor Doutor António Nabais, da enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) Paula Vaz e do Enfermeiro ESMP João Marques.

O presente projeto emergiu de uma necessidade identificada num grupo de adolescentes que frequentam a Clínica da Juventude- Área Pedopsiquiatria, às quartas e quintas-feiras, no presente ano civil, designadamente a promoção da expressão de emoções através de intervenções de enfermagem com recurso ao mediador expressivo “dança e movimento”.

Como objetivo do presente projeto ao nível académico destaco o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas enquanto futura enfermeira ESMP, através da aplicação de um projeto que se caracteriza pela realização de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e socioterapêuticas num grupo de adolescentes.

Destaco que todo o processo de pensamento crítico encontra-se enquadrado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015), Regulamento de Competências Comuns (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EESMP (Regulamento n.º 515/2018).

Por fim, refiro que o presente trabalho apresenta-se estruturado em quatro partes. Inicialmente apresenta-se uma introdução. Segue-se a contextualização teórica do presente projeto. Num terceiro momento apresenta-se o projeto per si. Por fim, realiza-se uma conclusão. Ressalva-se que o presente documento teve como base o Guia Orientado de Estágio de EESMP e o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos.

## CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Num estudo realizado por Ravelin, Kylma e Korhonen (2006) procedeu-se à realização de uma análise do conceito de dança aquando das intervenções de enfermagem em saúde mental, com recurso ao modelo híbrido de análise de conceitos de Schwartz-Barcott e Kim. Segundo os autores a dança encontra-se associada à saúde mental pela crença de que a pessoa portadora de uma doença mental apresenta a capacidade de se expressar através da mesma, sendo o processo de dança diferencial pela possibilidade que cria para a expressão ao nível do corpo, das alterações da mente.

Corroborando este achado, Guan (2023) refere que a dança e o movimento a esta associados, são diferenciais aquando da intervenção terapêutica não pela focalização na perfeição do movimento, mas pela existência do movimento, permitindo a expressão individual do eu, reconhecendo os seus impulsos e instintos e fazendo alusão a uma linguagem primitiva onde o corpo era a principal forma de comunicação.

Dunphy, Mullane e Guthrie (2015), assim como Ravelin, Kylma e Korhonen (2006), destacam a dança e o movimento como um fenómeno diretamente relacionado com a comunicação para com o outro, representando-se como uma forma de expressão de sentimentos e emoções.

Também Tao, et al. (2023) procurou realizar uma revisão sistemática da literatura que visava a identificação do impacto da dança ao nível da resposta fisiológica e psicológica nas crianças e adolescentes. Enquanto achados do presente estudo destaco o não consenso no tipo de música a utilizar, devendo o terapeuta adequar a música à pessoa/grupo alvo de intervenção; a atividade deveria ser alvo de uma monitorização cardiovascular, permitindo uma avaliação da frequência cardíaca ao longo dos vários momentos do crescendo e decrescendo da dança, adequando a duração dos mesmos; deverá ser realizada uma avaliação da mesma tendo sido identificadas diversas escalas passível de aplicação na criança e adolescente destacando escalas relativas ao *distress*, depressão, ansiedade, autoestima, qualidade do sono, motivação e expressão emocional face à intervenção.

Este mediador, reconhecido como um processo criativo, único e universal, quando utilizada pelo enfermeiro enquanto intervenção de enfermagem, promove o autoconhecimento a diversos níveis e a interação social no grupo, pelo que a sua aplicação, urge como diferencial (Ravelin, Kylma & Korhonen, 2006). Corroborando este achado destaco uma análise de Vaz (2022), aquando da implementação de um projeto no âmbito da dissertação de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica intitulado de "Em busca das palavras- Mediadores expressivos e expressão das emoções nos adolescentes", que refere que as emoções e a expressão a esta associadas são fundamentais ao desenvolvimento das competências emocionais dos adolescentes, permitindo o seu

desenvolvimento emocional e pessoal, através do reconhecimento das emoções, organização do pensamento, compreensão de conceitos e controlo de impulsos.

O presente projeto visará o desenvolvimento das competências socioemocionais dos adolescentes, um conceito não estático, que dizem respeito a:

Comportamento interpessoal, tal como a empatia e a assertividade, a gestão da ansiedade e da raiva, e as competências de conversação; e os que dizem respeito ao desenvolvimento e manutenção de relações íntimas, envolvendo a comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2019, p.11).

No que concerne aos resultados observados da dança, utilizada enquanto mediador expressivo na intervenção do enfermeiro em saúde mental, Ravelin, Kylma e Korhonen (2006) destacam:

- Reconhecimento da capacidade de autonomia, *self-acceptance* (aceitação do próprio), expressão do próprio e *self-understanding* (autoconhecimento);
- Descobrimto da autoimagem;
- Desenvolvimento da *self-expression* (autoexpressão)
- Expressão e processamento das emoções;
- Descoberta de novas capacidades (*skills*);
- Excitação e transe;
- Catarse;
- Libertação das normas sociais;
- Energia;
- Desenvolvimento de *cognitive skills* (competências cognitivas);
- Encontro de movimentos primitivos;
- Physical restraint (contenção física);
- Bem-estar espiritual e fisiológico;
- Sinful thoughts and acts* (pensamentos ou comportamentos imorais);
- Aumento da autoestima e autoconfiança;
- Descobrimto e processamento do eu;
- Descobrimto do eu na relação com a dança;

Tao et al. (2023) acrescenta ainda que ao nível da criança e adolescente esta intervenção origina:

- Diminuição da fadiga diária, associada à melhoria da qualidade de sono e de sensação de bem-estar;

-Aumento da percepção de bem-estar associado ao movimento, incentivando-as para a prática de atividade física;

-Redução da dor abdominal (sendo indicado no presente estudo que 13,5% das crianças em idade escolar apresenta *functional abdominal pain disorders* (transtornos de dor abdominal funcional));

-Aumento da concentração de serotonina plasmático e diminuição da concentração de dopamina;

-Aumento da percepção de autoeficácia.

Ravelin, Kylma e Korhonen (2006) referem ainda que a dança, além de impacto no eu, apresenta impacto no grupo, ou seja, no outro, nomeadamente:

-Experiência de uma comunicação mental, fisiológica, social e espiritual;

-Aumento da conexão entre o grupo;

-Promoção da interação;

-Participação;

-Reflexão e identificação dos limites pessoais em termos de espaço;

-Compreensão do outro;

-Descoberta de novas emoções na relação com o outro.

Assim, e reconhecendo-se a dança e movimento como de impacto significativo no eu e no grupo e sendo este mediador suportado pela evidência científica, procedeu-se à elaboração do presente projeto.

Visando identificar um modelo de intervenção já aplicado e com resultados notórios, recorrei ao modelo dos cinco ritmos (*5Rhythms*) de Gabriel Roth, utilizado por Pereira (2011) num projeto implementado ao nível do mestrado, intitulado de "5 Ritmos de Dança- Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem".

## **APRESENTAÇÃO DO PROJETO**

**Nome do Projeto:** "O ar que movo"

**Finalidade:** Promover a expressão emocional de adolescentes em contexto de hospital de dia de saúde mental e psiquiatria, através do mediador expressivo "dança e movimento".

**Contexto:** Grupo de adolescente que frequenta o Hospital de Dia- Clínica da Juventude- Área Pedopsiquiatria.

### **Objetivos:**

#### Gerais:

- Desenvolver as competências socioemocionais dos adolescentes;
- Mobilizar a dança como mediador expressivo para a gestão emocional em adolescentes.

#### Específicos:

- Planear as sessões de dança e movimento, de acordo com a população clínica;
- Implementação de um projeto de dança e movimento, de acordo com a população clínica;
- Avaliar as sessões de dança e movimento.

**População-alvo:** Adolescentes, a frequentar o hospital de dia em terapia de grupo.

**Critérios de inclusão:** Adolescentes a frequentar o hospital de dia, em terapia de grupo.

**Critérios de exclusão:** Adolescentes que não pretendam participar na atividade;

Adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, de acordo com protocolo clínico de hospital de dia.

**Duração:** Projeto a implementar durante 4 semanas.

**Recursos:** Estabelecidos no plano de sessões, ver Apêndice I.

**Parcerias:** ULS São José.

**Diagnósticos e Intervenções Autónomas de Enfermagem:**

Data de Início	Diagnósticos de Enfermagem	Data de término
08/04/2024	1. Processos familiares disfuncionais	__/__/__
08/04/2024	2. Autoestima baixa	__/__/__
08/04/2024	3. Ansiedade	__/__/__
08/04/2024	4. Comunicação comprometida	__/__/__

Data de Início	Intervenções Autônomas de Enfermagem	Data de término
08/04/2024	1.1. Escuta ativa, apoio emocional e aconselhamento do adolescente	__/__/__
08/04/2024	1.2. Identificar e fortalecer fatores protetores no adolescente	__/__/__
08/04/2024	2.1. Estabelecer relação de ajuda	__/__/__
08/04/2024	2.2. Ensinar técnicas de comunicação eficazes	__/__/__
08/04/2024	2.3. Estimular consciência de si próprio	__/__/__
08/04/2024	3.1. Encorajar técnicas de relaxamento ou outras identificadas pelo adolescente	__/__/__
08/04/2024	3.2. Identificar presença de sintomatologia física da ansiedade	__/__/__
08/04/2024	3.3. Promover expressão emocional	__/__/__
08/04/2024	4.1. Incentivar estratégias de comunicação eficazes	__/__/__

#### Atividades a desenvolver:

O projeto será constituído por três sessões, com duração de 40 minutos, conforme o conteúdo abordado, sendo que no Apêndice I se encontram descritas as sessões, duração, recursos, metodologia e conteúdo.

#### Avaliação:

A avaliação dos projetos é segundo Loureiro (2013) feita através da análise dos resultados e a correlação com os objetivos definidos. Para a avaliação do mesmo proceder-se-á a uma avaliação de carácter descritivo observacional. Sendo realizada uma avaliação simultânea direcionada para o processo, referida pelo autor, como uma avaliação que irá permitir o reconhecimento de fatores facilitadores e dificultadores do mesmo, avaliando a necessidade de mudança.

## **CONCLUSÃO**

Em síntese conclusiva destaco que se avista a aplicação de um projeto que visa desenvolver as competências socioemocionais dos adolescentes, avistando-se o alcance dos objetivos propostos.

Destaca-se que a “dança e movimento” se apresenta como um mediador expressivo promotor da sensação de bem-estar no adolescente e grupo onde se insere, avistando-se em simultâneo uma sinergia entre corpo e mente que permitirá o desenvolvimento da autoestima e autoconceito dos mesmos, assim como o aumento da expressão emocional e interação social.

Como fatores facilitadores, destaco os baixos recursos económicos associados ao projeto.

Como fatores limitadores, destaco o possível enviesamento ao nível dos resultados, advindes da possível ausência dos participantes ao nível das quatro sessões.

## REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

- Chen, Y. (2023). The impact of dance on health- from the perspective of developmental psychology. *Lecture Notes in Education*. 2 (1). 150-155. Doi: [10.54254/2753-7048/2/2022371](https://doi.org/10.54254/2753-7048/2/2022371)
- Dunphy, K., Mullane, S. & Guthrie, J. (2015). Dance movement therapy as a specialized form of counselling and psychotherapy in Australia: the emergence of theory and practice. *Pshychotherapy and counselling: Reflections on practice*. 173.189. [https://www.academia.edu/8751342/Dunphy K Mullane S and Guthrie J 2015 Dance movement therapy as a specialized form of counselling and psychotherapy in Australia the emergence of theory and practice](https://www.academia.edu/8751342/Dunphy_K_Mullane_S_and_Guthrie_J_2015_Dance_movement_therapy_as_a_specialized_form_of_counselling_and_psychotherapy_in_Australia_the_emergence_of_theory_and_practice)
- Loureiro, C. (2013). *Competências Sociais de Estudantes do Ensino Secundário: Construção, Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção* [Tese de doutoramento]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2019). Saíde Mental em Saúde Escolar. Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental\\_em\\_Sau%CC%81de%20Escolar\\_2019.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31861/1/SaudeMental_em_Sau%CC%81de%20Escolar_2019.pdf)
- Ravelin, T., Kylma, J. & Korhonen, T. (2006). Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 27. 307-317. [https://www.researchgate.net/publication/7293290 Dance in mental health nursing A hybrid concept analysis](https://www.researchgate.net/publication/7293290_Dance_in_mental_health_nursing_A_hybrid_concept_analysis)
- Tao, D., Gao, Y., Cole, A., Baker, J., Gu, Y., Suprya, R., ... Awan-Scully, R. (2022). The physiological and psychological benefits of dance and its effects on children and adolescents: a systematic review. *Front Pshysiol*. Doi: [10.3389/fphys.2022.925958](https://doi.org/10.3389/fphys.2022.925958)
- Vaz, P. (2022). *Em busca das palavras: Mediadores expressivos e expressão das emoções nos adolescentes*. [Dissertação de mestrado] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## APÊNDICES

APÊNDICE I  
Estrutura das Sessões

Sessão 1: "Emoções"			
Duração:	40 minutos.	Metodologia:	5Rytms (cinco ritmos)
Recursos:	-Novelo de lã com as cores das emoções; -Círculos com as cores das emoções; -Lençol; -Pincel.	Conteúdo:	-Apresentação do projeto, tema, objetivos e duração; -Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "dança e movimento".
	Exercício	Condução Verbal	Música
<b>Flowing (Aquecimento)</b>	Caminhar na sala Conscencialização do aqui e agora Conscencialização do corpo e da respiração Preparar gradualmente o corpo para a dança Cumprimentar os colegas	Vamos começar por caminhar na sala... Olhar à nossa volta... Ver onde estamos... Observar todos os detalhes desta sala... Agora começar a sentir o nosso corpo... A nossa cabeça... pescoço... braços... mãos... barriga... pernas... pés... Sentir a nossa respiração... Olhar para os colegas.... Cumprimenta-los...	Bundle of Joy – Michael Giacchino (2 min 48)

<b>Stacatto</b>	- Passam a lã das emoções em círculo até que a lã os una -Rodam em círculo a agarrar a lã, passando pelas diversas cores correspondentes às varias emoções; -Terapeuta levanta a lã simbolizando os momentos felizes e baixa a lã simbolizando os momentos mais tristes, depois lã fica "embrulhada" como as emoções.	A vida é uma grande caminhada... olhamos à volta às vezes confusos com as emoções que vamos sentido... Parece tudo um pouco confuso... Tantas emoções... e às vezes não conseguimos identificar o que sentimos... então partimos à procura... quase como com uns binóculos imaginários à procura no nosso interior... será alegria? Tristeza? Medo? Nojo? Raiva?... Vou continuando à procura... Mas elas são tantas e tao confusas !...	First day of school – Michael Giacchino (2 min 02) The subconscious Basement- Michael Guiacchino (2 min 01) Chasin Down Sadness- Michael Giacchino (1 min 45)
<b>Chaos</b>	-Colocam-se os cinco círculos das emoções atrás dos participantes e em círculo tentamos correr de um para o outro porque às vezes as emoções são confusas! -Co-terapeuta começa agora a misturar os círculos e todos tentam organizá-los, estão todos misturadas e cada vez mais desorganizados (simbolizando a dificuldade de separar as emoções) -Após esta fase os círculos separam-se.	Mas começo a conseguir encontrar algumas... às vezes a alegria... outras vezes a tristeza... outras vezes o medo... outras vezes a raiva ... e às vezes o nojo... e elas estão todas sempre a existir em mim... às vezes fico mais tempo numas... outras vezes outras... ai que confusão! E às vezes quando tento ir de uma para outra, algo parece que não me deixa ir e sinto-me perdido! Desorganizado! Não encontro uma solução, mas se eu tentar, se eu arranjar uma estratégia, talvez consiga separá-las. Talvez se eu conseguir associar uma cor vou conseguir separá-las e reconhece-las... vou conseguir identifica-las!	Crazy train- ozzy osbourne (4 min 53)

		Se calhar é este o caminho! Separo os círculos e coloco-os distantes um dos outros, vendo que cada um tem uma cor e um significado e corro em círculo ou de uma para a outra, mas agora conhecendo-as	
<b>Lyrical</b>	<p>-Colocando-se em cada círculo dançam a emoção correspondente;</p> <p>-Depois caminham em círculo e realizam um "teatro de emoções", onde cada um na sua vez caracteriza a emoção onde está aquando do terapeuta bater uma palma (jogo do stop);</p> <p>-E celebram a vitória de conhecerem as emoções, de agora as identificarem e saberem que elas existem e têm um lugar dentro de nós.</p>	<p>Então agora eu consigo dar-lhes um nome... Consigo separá-las, consigo organizá-las, mesmo quando for difícil.</p> <p>Tenho a alegria... que é amarela..</p> <p>Tenho a tristeza... que é azul...</p> <p>Tenho o medo... que é roxo...</p> <p>Tenho a raiva... que é vermelha...</p> <p>E tenho o nojo... que é verde...</p> <p>E quando parece tudo confuso (bate-se uma palma) eu paro, e percebo onde estou, para compreender para onde vou.</p> <p>E agora fico mais calmo, porque já as reconheço! Já as identifico! Já não é tudo tão confuso... já é mais simples...</p> <p>Porque difícil é o processo, de conhecer... de identificar... Mas quando o conseguimos fazer, quando conseguimos dar um nome, tudo passa a fazer sentido...</p>	The joy of Credits- Michael Giacchino (8 min 18)

<b>Stillness</b>	<p>-Sentam-se em círculo, sob os círculos, fecham os olhos e canta-se a canção.</p> <p>-Regressamos à sala;</p> <p>-Procura-se um sitio calmo e posição confortável para o momento de relaxamento;</p> <p>-Relaxamento.</p>	<p>Mas depois desta grande caminhada pelas emoções... precisamos de descansar...</p> <p>Deitamo-nos confortavelmente e fechamos os olhos...</p> <p>Voltamos a tomar consciência de nós... do nosso corpo... das diferenças que sentimos agora em relação ao início da atividade... Tomamos consciência da nossa respiração....</p> <p>Despertar</p>	<p>Everybody hurst- R.E.M. (5 min 20)</p> <p>Tears of Joy- Michael Giacchino (3 min 30)</p> <p>Emotional Waves- Peacefull Piano (1 min 13)</p> <p>Overcoming Sadness- Michael Guicchino (0 min 51)</p>
------------------	---	---	--

Sessão 2: "Entre a alegria e a tristeza"			
Duração:	40 minutos.	Metodologia:	5Rytms (cinco ritmos)
Recursos:	Papel de desenho; Tinta amarela e azul; Toalhetas; Papel amarelo e azul; Saco; Pinceis.	Conteúdo:	-Apresentação do tema, objetivos e duração; -Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "dança e movimento".
	Exercício	Condução Verbal	Música
<b>Flowing (Aquecimento)</b>	Caminhar na sala Conscencialização do aqui e agora; Conscencialização do corpo e da respiração; Preparar gradualmente o corpo para a dança; Cumprimentar os colegas. Pintar as mãos com a cor selecionada;	Vamos começar por caminhar na sala... Olhar à nossa volta... Ver onde estamos... Observar todos os detalhes desta sala... Agora começar a sentir o nosso corpo... A nossa cabeça... pescoço... braços... mãos... barriga... pernas... pés... Sentir a nossa respiração... Olhar para os colegas.... Cumprimenta-los... E vamos agora escolher uma cor do saco... ou amarelo ou azul... E Vamos pintar as nossas mãos com tinta da cor que saiu...	Walkin on sunshine- Jazzystics (3 min 20) Jorge Palma – Na terra dos sonhos (2 min 39)

		E agora vamos andar pela sala... Movendo as nossas mãos	
<b>Stacatto</b>	Numa folha grande no chão vão começar a criar uma forma com as mãos Inicialmente quem tem o amarelo fará da alegria e a azul da tristeza Num segundo momento deverão trocar os desenhos e complementar, a amarelo os desenhos da tristeza e a azul os da alegria.	Agora vamos separar as nossas cores.. As nossas emoções... Deste lado... Ficarão os amarelos, da alegria... A azul ficarão os da tristeza... Ambos terão uma folha onde terão de desenhar algo que simbolize a alegria e a tristeza... E vão com o corpo... sem palavras... expressar esta emoção... Vamos sentindo e expressando... E agora que terminamos vamos complementar a emoção oposta... A amarelo complementamos o azul... e a azul o amarelo... porque as emoções não existem uma sem a outra... elas existem e coexistem juntas... e não podemos ter uma sem a outra...	L'autre valse d'Amélie – Quatuor à cordes et piano (1 min 40) Les jours tristes- Yann Tiersen (3 min 02) A quai- Yann Tiersen (3 min 31)
<b>Chaos</b>	Terapeuta pinta a azul as mãos amarelas e a amarelo as mãos azuis E pintando uma mão de cada cor vai fazer uma forma nova e os participantes irão agora juntar-se e	Mas agora as vossas mãos compreendem que precisam de ambas as cores... E vamos sentir nas mãos a necessidade de termos ambas as cores... E agora juntos vamos fazer um smile, que simbolize estas duas emoções, vamos criar uma forma que simbolize a alegria e a tristeza...	Happy- Pharrel williams (3 min 50) Feels – Farrel williams, (3 min 43)

	fazer um <i>smile</i> de felicidade e tristeza simultâneo	Porque juntos vamos conseguir perceber que algo único pode advir de criarmos juntos este nosso <i>smile</i> ... E mesmo que venha alguém e tente passar a nossa alegria para tristeza ou tristeza para alegria, o que importa é que nós percebemos que juntos somos fortes, e que as emoções juntas em nós tornamos fortes e têm esta forma e esta força, únicas!	
<b>Lyrical</b>	-Celebramos a forma que criamos que significação a transição entre a alegria e a tristeza; -Colocar a pintura num local que destaque, dar as mãos e ver como juntos criaram esta forma única.	E agora sabemos que esta forma, estas emoções, elas juntas são únicas, fortes e importantes... passem comigo as mãos por esta forma, vejam todos os pormenores, os detalhes, os cantos, as curvas... e coloquem comigo esta forma num sítio onde possamos ver, apreciar esta arte única que criamos... Agora vamos dar as mãos e vamos juntos apreciar o que juntos fizemos...	La redécouverte- Yan Tiersen (1 min 12) Comptine d'un autre été: la démerche- Yann Tiersen (2 min 02) I built a friend (2 min 56)
<b>Stillness</b>	-Regressamos à calma; -Procura-se um sítio calmo e posição confortável para o momento de relaxamento; -Relaxamento	Mas depois desta grande caminhada pelas emoções... precisamos de descansar... deitamos confortavelmente e fechamos os olhos... voltamos a tomar consciência de nós... do nosso corpo... das diferenças que sentimos agora em relação ao início da atividade... Tomamos consciência da nossa respiração.... Despertar	Only time – Enya (3 min 39)

<b>Sessão 3: "Ansiedade"</b>			
<b>Duração:</b>	40 minutos.	<b>Metodologia:</b>	5Rytms (cinco ritmos)
<b>Recursos:</b>	Lençóis; Pincel.	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação do tema, objetivos e duração; -Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "dança e movimento".
	<b>Exercício</b>	<b>Condução Verbal</b>	<b>Música</b>
<b>Flowing (Aquecimento)</b>	-Caminhar na sala - Consciencialização do aqui e agora; -Consciencialização do corpo e da respiração; -Preparar gradualmente o corpo para a dança; -Cumprimentar os colegas.	Vamos começar por caminhar na sala... Olhar à nossa volta... Ver onde estamos... Observar todos os detalhes desta sala... Agora começar a sentir o nosso corpo... A nossa cabeça... pescoço... braços... mãos... barriga... pernas... pés... Sentir a nossa respiração... Olhar para os colegas... Cumprimenta-los...	Paraíso – Diogo Piçarra (3 min 50) Agora já não és capaz- Cassete Pirata (4 min 28)
<b>Stacatto</b>	-Caminhar de forma desorganizada; -Caminhar a pares, costas com costas, refletindo a sensação de ter "algo" em si, que não reconhecem porque não conseguem ver, mas sentem.	Ansiedade, esta sensação de que algo não está bem... existe este medo, do desconhecido, que eu não sei de onde vem mas que o sinto... Eu sinto em mim, como se estivesse muito perto do meu coração, mas eu não o vejo... Não percebo o que me pode provocar... Não encontro a razão...	Lovely- Billie Eilish (3 min 21) In my blood- Shwan Mendes (3 min 38)

<b>Chaos</b>	<p>-Leñol a agarrar o corpo, tentam sair não conseguem, terapeuta ajuda a travar, porque a ansiedade é difícil, difícil de dar a volta e encontrar a saída;</p> <p>-Depois uma ponta solta-se e encontram uma saída e o próprio grupo consegue ajudar-se;</p> <p>-Abanam-se e dançam, de forma ativa, soltando os braços e libertando a tensão física gerada pela ansiedade.</p>	<p>E posso sentir agitação! Um nervosismo! Às vezes um cansaço fácil, uma dificuldade em concentrar-me, uma irritabilidade, um tensão, e até o meu sono deixa de ser igual!</p> <p>E temos de encontrar estratégias, mesmo quando não sabemos como!</p> <p>Temos de pedir ajuda, procurar esta ajuda!</p> <p>Para libertar esta ansiedade! Libertar esta sensação de mim! Libertar esta tensão!</p> <p>Libertar todas estas sensações negativas que me inibem de viver a vida que quero para mim!</p>	<p>Shake it ou – Florence + the machines (4 min 38)</p>
<b>Lyrical</b>	<p>-Celebro a descoberta das estratégias para aliviar esta ansiedade que sentem;</p> <p>-Celebram a identificação da ansiedade e a liberdade que se cria quando percebemos e identificamos o que estamos a sentir.</p>	<p>E existe uma calma que começa a surgir, quando fazemos este caminho de encontrar soluções, de encontrar estratégias para a nossa ansiedade. De dar um nome e traçar um caminho.</p> <p>As amarras soltam-se, e começamos a encontrar um caminho.</p>	<p>Sun- Two door cinema club (3 min 07)</p> <p>Breathin - Ariana Grande (3 min 23)</p>
<b>Stillness</b>	<p>-Regressamos à calma;</p> <p>-Procura-se um sítio calmo e posição confortável para o momento de relaxamento; -Relaxamento</p>	<p>Mas depois desta grande caminhada pelas emoções... precisamos de descansar... deitamos confortavelmente e fechamos os olhos... voltamos a tomar consciência de nós... do nosso corpo... das diferenças que sentimos agora em</p>	<p>Tears dry on their own- Amy Winehouse (3 min 06)</p>

		<p>relação ao início da atividade... Tomamos consciência da nossa respiração.... Despertar</p>	
--	--	--	--

Sessão 4: "Autonomia"			
<b>Duração:</b>	30 minutos.	<b>Metodologia:</b>	5Rytms (cinco ritmos)
<b>Recursos:</b>	Lençóis; Pincel.	<b>Conteúdo:</b>	-Apresentação do tema, objetivos e duração; -Realização de uma intervenção com o grupo de adolescentes, com recurso ao mediador expressivo "dança e movimento".  - Músicas escolhidas pelos próprios participantes de acordo com as sessões anteriores, tendo realizado uma explicação prévia ao grupo sobre os momento de cinco ritmos.
	Exercício	Condução Verbal	Música
<b>Flowing (Aquecimento)</b>	-Caminhar na sala - Consciencialização do aqui e agora; -Consciencialização do corpo e da respiração; -Preparar gradualmente o corpo para a dança; -Cumprimentar os colegas.	Vamos começar por caminhar na sala... Olhar à nossa volta... Ver onde estamos... Observar todos os detalhes desta sala... Agora começar a sentir o nosso corpo... A nossa cabeça... pescoço... braços... mãos... barriga... pernas... pés... Sentir a nossa respiração... Olhar para os colegas.... Cumprimenta-los...	A definir pelo grupo.
<b>Stacatto</b>	- Solicitação de movimentos aos adolescentes adequados ao crescendo musical.	A adolescência abrange várias transições, vários caminhos, várias tarefas... E uma delas é a autonomia...	A definir pelo grupo.

		Mas o que é isto de sermos autónomos? A autonomia depende de vários fatores... depende dos nossos pais... depende do ambiente onde crescemos... E a autonomia pode ser emocional... cognitiva... comportamental...	
<b>Chaos</b>	- Solicitação de movimentos aos adolescentes adequados ao crescendo musical.	A autonomia depende da relação emocional com as figuras parentais e às vezes isso pode ser difícil! Conflituoso! Às vezes queremos soltar-nos e não conseguimos! Queremos ser mais, fazer mais, no nosso espaço, e não nos deixam! Sentimo-nos presos! E a baixa autonomia na nossa vida pode levar a baixa autoestima, a ansiedade, ao aumento da tristeza e a até a depressão! E por isso temos de procurar desenvolver a nossa autonomia, mesmo quando é difícil!	A definir pelo grupo.
<b>Lyrical</b>	- Solicitação de movimentos aos adolescentes adequados ao crescendo musical.	Porque é essencial encontrarmos estratégias... Desenvolver e fortalecer a nossas relações familiares... Estabelecer limites... Traçar objetivos... Valorizar-nos e cuidar de nós.	A definir pelo grupo.

		E quando o fizermos vamos estar a fortalecer o nosso "eu" e vamos estar a promover a nossa autonomia. O nosso caminho... O nosso bem-estar.	
<b>Stillness</b>	-Regressamos à calma; -Procura-se um sítio calmo e posição confortável para o momento de relaxamento; -Relaxamento	Mas depois desta grande caminhada pelas emoções... precisamos de descansar... deitamo-nos confortavelmente e fechamos os olhos... voltamos a tomar consciência de nós... do nosso corpo... das diferenças que sentimos agora em relação ao início da atividade... Tomamos consciência da nossa respiração.... Despertar	A definir pelo grupo.

Nota: Todo o planeamento prevê que a sessão decorra em quarenta minutos, sendo que, em cada etapa, e em função da reação do adolescente ao estímulo musical, o tempo poderá variar, diminuindo sempre que se sentir a vivência de angústias intensas e desorganizadoras, promotoras de sofrimento ou instabilidade emocional.

## APÊNDICE 12

Folha de Registo Diário para Relatório do Projeto “O Ar Que Move”



### PROJETO “O AR QUE MOVE” ANÁLISE DESCRITIVA INDIVIDUAL

<i>Participante</i>	
<i>Data</i>	

**Análise descritiva:**



## APÊNDICE 13

### Grelha de Avaliação dos Resultados de Enfermagem NOC do Projeto “O Ar Que Move”

GRUPO A	Indicador	p1				p2				p3		
		Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2
	Manutenção do contacto visual	3	3	4	4	3	3	4	4	2	3	4
	agitação	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4
	Irritabilidade	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4
	Dificuldade de concentração	2	3	3	4	2	2	4	4	2	2	4
	Ansiedade verbalizada	3	3	4	4	2	2	4	4	3	4	4
	Comportamento de evitar pessoas	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4
	Controla os impulsos	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4
	Identifica quando se sente frustrado	2	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3
	Expressa adequadamente sentimentos negativos	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3
	Completa tarefas ou atividades	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	3

GRUPO B	Indicador	p1				p2				p3		
		Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2
	Manutenção do contacto visual	4	4	4	5	3	2	3	2	4	4	4
	agitação	2	2	3	4	3	4	2	2	4	4	4
	Irritabilidade	5	5	5	5	3	5	3	3	4	5	5
	Dificuldade de concentração	5	5	5	5	2	4	3	3	5	5	5
	Ansiedade verbalizada	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	3
	Comportamento de evitar pessoas	3	3	3	4	4	2	2	3	3	3	3
	Controla os impulsos	4	4	5	5	4	2	2	1	4	4	5
	Identifica quando se sente frustrado	3	3	4	5	2	1	1	1	4	4	4
	Expressa adequadamente sentimentos negativos	2	2	4	4	3	1	1	1	2	2	2
	Completa tarefas ou atividades	5	5	5	5	4	1	1	2	5	5	5

p4				
sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3
4	2	3	3	3
3	2	2	2	2
4	2	2	3	4
4	2	2	2	3
4	2	2	2	3
3	3	3	2	3
4	3	3	3	3
3	2	3	2	2
4	3	3	2	2
4	2	2	2	2

p4				
sessão3	Sessão 0	sessão1	sessão2	sessão3
5	2	2	3	4
4	2	2	3	2
5	1	1	3	3
5	1	1	3	3
4	1	1	2	2
3	1	2	2	2
5	2	2	3	3
5	1	1	1	3
3	1	1	2	3
5	1	1	5	5



## APÊNDICE 14

### Análise Grupal do Projeto “O Ar Que Movo”

- **Avaliação dos Resultados – Grupo 1**

#### **- Manutenção do contacto visual**

A manutenção do contacto visual melhorou para a maioria dos participantes. No início, os valores variavam entre 2 e 3, e na última sessão, a maioria dos participantes alcançou valores de 3 ou 4, indicando uma melhoria geral na capacidade de manter o contacto visual ao longo das sessões.

#### **- Agitação**

Os valores de agitação mostraram uma ligeira tendência de aumento. Inicialmente, os valores variavam entre 2 e 3, e na última sessão, variavam entre 2 e 4. Esta variação sugere um aumento da agitação em alguns participantes.

#### **- Irritabilidade**

A irritabilidade aumentou ligeiramente ao longo das sessões. Os valores iniciais eram de 2 a 3, e na última sessão, a maioria dos participantes apresentava valores de 3 ou 4, indicando um aumento na irritabilidade ao longo das intervenções.

#### **- Dificuldade de concentração**

A dificuldade de concentração apresentou uma tendência de aumento para alguns participantes. Inicialmente, os valores variavam entre 2 e 3, e na última sessão, a maioria dos participantes apresentava valores de 3 ou 4, sugerindo uma persistente dificuldade de concentração.

#### **- Ansiedade verbalizada**

A ansiedade verbalizada mostrou melhorias para alguns participantes. Os valores iniciais variavam entre 2 e 3, e na última sessão, a maioria dos participantes apresentava valores de 3 ou 4. Estes dados sugerem que as intervenções de enfermagem ajudaram a reduzir a ansiedade verbalizada em alguns casos.

### **- Comportamento de evitar pessoas**

O comportamento de evitar pessoas manteve-se relativamente constante. Os valores iniciais variavam entre 3 e 4, e na última sessão, a maioria dos participantes ainda se situava nesses valores, com algumas melhorias observadas.

### **- Controla os impulsos**

O controlo dos impulsos manteve-se constante para a maioria dos participantes. Os valores variavam entre 2 e 4 ao longo das sessões, indicando que não houve mudanças significativas nesta área.

### **- Identifica quando se sente frustrado**

A identificação da frustração melhorou ligeiramente para alguns participantes. Os valores iniciais variavam entre 2 e 3, e na última sessão, alguns participantes alcançaram valores de 4, sugerindo uma melhoria na identificação dos sentimentos de frustração.

### **- Expressa adequadamente sentimentos negativos**

A expressão adequada de sentimentos negativos mostrou ligeiras melhorias. Os valores iniciais variavam entre 2 e 3, e na última sessão, alguns participantes apresentaram valores de 4, sugerindo uma melhoria na expressão adequada de sentimentos negativos.

### **- Completa tarefas ou atividades**

A capacidade de completar tarefas ou atividades manteve-se elevada para a maioria dos participantes. Os valores iniciais eram geralmente altos (3 ou 4), e mantiveram-se constantes ou melhoraram ligeiramente na última sessão, indicando uma boa capacidade de completar tarefas.

- **Avaliação dos Resultados – Grupo 2**

### **- Manutenção do contacto visual**

A manutenção do contacto visual melhorou para a maioria dos participantes ao longo das sessões. No início, os valores variavam entre 2 e 4, e na última sessão, a maioria dos participantes alcançou valores de 4 ou 5, significando uma melhoria geral na capacidade de manter o contacto visual.

### **- Agitação**

Os valores de agitação mostraram variações, mas houve uma tendência geral de manutenção ou ligeiro aumento da agitação em alguns participantes. Os valores iniciais variavam entre 2 e 4, e na última sessão, a maioria dos participantes ainda se situava entre esses valores, com um aumento notável em alguns casos.

### **- Irritabilidade**

A irritabilidade permaneceu elevada para a maioria dos participantes, com poucos sinais de melhoria. Os valores iniciais e finais variaram entre 1 e 5, com alguns participantes a manter valores altos ao longo das intervenções, sugerindo que a irritabilidade é uma área que requer intervenções futuras.

### **- Dificuldade de concentração**

A dificuldade de concentração manteve-se constante para a maioria dos participantes. Os valores permaneceram altos (5) ao longo das sessões, indicando que a concentração continua a ser uma área a potenciar.

### **- Ansiedade verbalizada**

A ansiedade verbalizada apresentou algumas melhorias, com valores iniciais entre 1 e 2, e com alguns participantes a apresentar melhorias nas sessões subseqüentes, alcançando valores de 4 na última sessão. Estes dados sugerem que as intervenções de enfermagem ajudaram a reduzir a ansiedade verbalizada em alguns casos.

### **- Comportamento de evitar pessoas**

O comportamento de evitar pessoas apresentou melhorias moderadas. Os valores iniciais variavam entre 1 e 4, e existiu uma tendência geral de redução deste comportamento ao longo das sessões, com alguns participantes apresentando valores mais baixos na última sessão.

### **- Controla os impulsos**

O controlo dos impulsos mostrou melhorias em alguns participantes, enquanto outros mantiveram os níveis ou pioraram. Os valores iniciais variavam entre 2 e 4, com alguns participantes a alcançar valores de 5 na última sessão, mas também existiram casos de diminuição para valores baixos.

### **- Identifica quando se sente frustrado**

A identificação da frustração melhorou para alguns participantes, com valores iniciais entre 1 e 4. Alguns dos mesmos mostraram melhorias significativas, alcançando valores de 5 na última sessão, enquanto outros mantiveram ou diminuíram os valores.

### **- Expressa adequadamente sentimentos negativos**

A expressão adequada de sentimentos negativos mostrou melhorias moderadas. Os valores iniciais variavam entre 1 e 3, e alguns participantes apresentaram melhorias, alcançando valores de 3 ou 4 na última sessão.

### **- Completa tarefas ou atividades**

A capacidade de completar tarefas ou atividades manteve-se elevada para a maioria dos participantes. Os valores iniciais eram geralmente altos (4 ou 5), e mantiveram-se constantes ou melhoraram ligeiramente na última sessão, indicando uma boa capacidade de completar tarefas.

## APÊNDICE 15

### Formulário de Consentimento Informado

#### ANEXO 2- Folha de Consentimento Informado

##### CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo intitulado de "A percepção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica como gestor de caso na equipa comunitária de saúde mental da infância e da adolescência", um estudo qualitativo descritivo exploratório com uma abordagem fenomenológica, pretende compreender a percepção do enfermeiro de referência sobre a metodologia do gestor de caso aplicada ao contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e da adolescência.

Segundo o Plano Nacional para a Saúde Mental as equipas comunitárias de saúde mental são o principal foco na política de saúde mental, encontrando-se subjacente ao funcionamento das mesmas, aquando do seguimento de pessoas com doenças mentais graves, o modelo de gestão de casos, no entanto, não existe atualmente em Portugal nenhum estudo que analise a percepção do impacto da metodologia de gestor de caso no contexto comunitário na área de psiquiatria da infância e da adolescência.

Neste sentido, e considerando evidente a escassez de estudos que explorem a percepção do enfermeiro de referência sobre a metodologia de gestor de caso aplicada ao contexto comunitário da área de psiquiatria da infância e da adolescência, urge a necessidade do presente estudo.

##### **Objetivos do Estudo:**

-Conhecer a percepção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica sobre a metodologia de gestor de caso no contexto comunitário da área de psiquiatria da infância e da adolescência.

-Identificar as barreiras e facilitadores da implementação da metodologia de gestor de caso ao nível das equipas comunitárias em saúde mental.

**Colheitas de dados:** Entrevista *focus group*. Não será realizada a captação ou gravação de qualquer imagem ou vídeo. A gravação será de conteúdo exclusivo de áudio e posteriormente transcrito, sendo estas transcrições codificadas visando o anonimato. No término da transcrição as gravações serão destruídas.

**Participação:** A sua participação na presente investigação é voluntária. Pode, em qualquer momento, recusar participar nesta investigação sem qualquer penalização ou dano. Ao longo de todo estudo será mantido e assegurado o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos dados.

**Benefícios:** Não serão recebidos nenhuns benefícios diretos.

**Riscos:** Não existem riscos previsíveis envolvidos na sua participação neste estudo, além dos riscos diários do seu quotidiano.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº 1035\_04\_2024).

Para mais esclarecimentos, entrar em contacto com:

**Investigadores:**

Joana Sofia Peixoto Henrique (Investigador Principal)

Email: [joana.sofia.peixoto.henrique@gmail.com](mailto:joana.sofia.peixoto.henrique@gmail.com)

Contacto telefónico : 911905851

Professor Doutor António Jorge Soares Antunes Nabais

Email: [antunesnabais@esenfc.pt](mailto:antunesnabais@esenfc.pt)

Contacto telefónico : 931476589

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- a. do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- b. da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- c. e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo.
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Local e data	Assinaturas
	Participante:
	Investigador (*):

(\*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.