



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**Intervenções em Enfermagem de Saúde Mental para Capacitação
do Adolescente no Autocontrolo da Ansiedade**

Relatório Final de Estágio

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

Coimbra, setembro de 2024



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**Intervenções em Enfermagem de Saúde Mental para Capacitação
do Adolescente no Autocontrolo da Ansiedade
Relatório Final de Estágio**

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

Orientadora: Doutora Rosa Cristina Correia Lopes, Professora, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, setembro de 2024

Ao Luís, à Clara e à Rafaela

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à professora doutora Rosa Lopes, pelo acompanhamento, incentivo e palavras positivas, no decorrer deste percurso formativo.

Agradeço também aos meus colegas de Mestrado, pela partilha e espírito de grupo, em especial ao Paulo, à Catarina e à Raquel, pela amizade e pela excelente equipa que formámos.

Deixo uma palavra de agradecimento, também, a todos os professores e enfermeiros tutores que me acompanharam e me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente.

Obrigada aos amigos, pelo apoio e preocupação, e à família, pelo suporte, amor incondicional e paciência para compreender e aceitar a minha ausência.

RESUMO

Enquadramento: O presente documento encerra um ciclo de estudos e tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este Relatório explana a experiência de formação e desenvolvimento pessoal e profissional através da análise crítica, reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no decorrer de três contextos de estágio: hospitalar, comunitário e respostas diferenciadas. A saúde mental é parte integrante da saúde e bem-estar, sabendo-se que, atualmente, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental representam uma das principais causas de incapacidade e morte prematura em adultos, afetando também crianças e adolescentes, particularmente as perturbações da ansiedade. Neste sentido, foi desenvolvida uma *scoping review* com o objetivo de mapear quais as intervenções em Enfermagem de Saúde Mental para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade.

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

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

Resultados e Conclusões: Através das atividades desenvolvidas foram adquiridas competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao nível dos diferentes domínios, decorrentes da aquisição de um elevado desenvolvimento pessoal e profissional. A *scoping review* permitiu identificar que as intervenções de enfermagem de saúde mental para a capacitação dos adolescentes no autocontrolo da ansiedade são as intervenções psicoeducacionais e de treino de competências cognitivas, realizadas em grupo, em contexto escolar. O Enfermeiro Especialista tem um papel determinante na conceção e implementação destas intervenções, assim como na formação de outros profissionais, ampliando assim o alcance das mesmas.

Palavras-chave: Adolescência; Intervenção de enfermagem; Saúde Mental; Ansiedade; Autocontrolo da ansiedade; Capacitação

ABSTRACT

Background: This document concludes a cycle of studies and aims to obtain a Master's degree and the title of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. This report explains the experience of training and personal and professional development through a critical, reflective and reasoned analysis of the activities developed for the acquisition of common and specific competences of a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, in the course of three internship contexts: hospital, community and differentiated responses. Mental health is an integral part of health and well-being, and it is known that psychiatric disorders and mental health problems represent one of the main causes of disability and premature death in adults, also affecting children and adolescents, particularly anxiety disorders. With this in mind, a scoping review was carried out with the aim of mapping out the interventions in Mental Health Nursing to train adolescents in self-control of anxiety.

Objective: Demonstrate the acquisition and development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Methodology: The activities carried out were based on scientific evidence, theoretical nursing models and documents that regulate the nursing profession and Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, complying with the principles of the nursing process. The scoping review was prepared in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute, following the Population, Concept, Context strategy.

Results and Conclusions: Through the activities carried out, common and specific competencies were acquired for nurses specializing in mental health and psychiatric nursing, at the level of the different domains, which resulted in a high level of personal and professional development. The scoping review identified that the mental health nursing interventions for training adolescents in self-control of anxiety are psychoeducational interventions and cognitive skills training, carried out in groups, in a school context. The Specialist Nurse has a decisive role to play in designing and implementing these interventions, as well as training other professionals to extend their reach.

Keywords: Adolescence; Nursing intervention; Mental health; Anxiety; Self-control of anxiety; Training

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COPE - *Creating Opportunities for Personal Empowerment*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte aos Cuidados Paliativos

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EUA - Estados Unidos da América

IMPeTUs - *Improving mental Health Literacy Among Children and Young People in Indonesia*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MESH - *Medical Subject Headings*

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC - População, Conceito, Contexto

PNC - Perturbações Neurocognitivas

PQCEESM - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCAERe-T - Unidade de Cuidados Avançados à Esquizofrenia Resistente ao Tratamento

UIPEP - Unidade de Internamento de Primeiro Episódio Psicótico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma do processo de seleção da amostra688

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia para a definição da questão de Investigação (PCC).....	622
Tabela 2. Mapa de conceitos	633
Tabela 3. Expressão de pesquisa	633
Tabela 4. Extração de pesquisas	655
Tabela 5. Apresentação dos resultados	69
Tabela 6. Tipo de intervenção.....	755
Tabela 7. Conteúdo da Intervenção.....	76
Tabela 8. Contexto da intervenção	77

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	13
1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	14
1.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	14
1.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	16
1.3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	18
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	20
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS	20
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	20
2.1.2 Melhoria Contínua da Qualidade	22
2.1.3 Gestão dos Cuidados	25
2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens Profissionais	26
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	28
2.2.1 Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	29
2.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	34
2.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	39
2.2.4 Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	46
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	54
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	55
2. METODOLOGIA	61
2.1 QUESTÃO DE REVISÃO.....	62
2.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	62
2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	65
2.4 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS	65
3. RESULTADOS	69

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
PARTE III – REFLEXÃO FINAL	83
NOTA CONCLUSIVA	84
BIBLIOGRAFIA	86
Apêndice 1- Programa De Psicoeducação Unifamiliar	98
Apêndice 2 – Folheto Consulta da Primeira Infância	138
APÊNDICE 3 – Folheto Jogo Patológico <i>Online</i>	142
APÊNDICE 4 - Folheto Comunicação com o/a Adolescente	146
APÊNDICE 5 - Consulta de Enfermagem de <i>Follow Up</i>	150
APÊNDICE 6 – Apresentação da Consulta de <i>Follow Up</i>	162
APÊNDICE 7 – Projeto para Prevenção e Autocontrolo da Ansiedade na Adolescência	166
APÊNDICE 8 – Plano de Intervenção dirigido à Pessoa com PNC e à sua cuidadora	198
APÊNDICE 9 – Cantinho da Saúde Mental	203
APÊNDICE 10 – Plano de Intervenção a uma adolescente internada no serviço de pedopsiquiatria	205

INTRODUÇÃO

O presente documento, intitulado Relatório Final de Estágio, insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Semestre do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Rosa Lopes.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o Relatório Final de Estágio surge como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, sendo alvo de discussão pública e avaliação por um júri.

A elaboração deste relatório tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), através da certificação de competências por parte da Ordem dos Enfermeiros, que de acordo com o Regulamento nº140/2019 corresponde ao ato formal de reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos e habilidades do enfermeiro, em diferentes domínios de intervenção, atestando a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área específica ou diferenciada, neste caso, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

A saúde mental é uma parte integrante da saúde e do bem-estar, o que se reflete na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual a saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (World Health Organization, 2021a).

Sabe-se que, atualmente, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental representam a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, especialmente nos países ocidentais industrializados (Xavier et al., 2024), tendo expressão também entre os mais jovens. Dados epidemiológicos recentes apontam que, mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes experienciam problemas de saúde mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos (World Health Organization, 2021b).

Neste sentido e parafraseando o Regulamento nº 515/2018, da Ordem dos Enfermeiros,

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. (p. 21427)

Segundo o mesmo documento, este dado justifica-se pelo facto do EESMP compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental e as implicações para o seu projeto de vida. Entende também o seu potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é condicionada pelo contexto em que a pessoa se insere.

O Relatório Final de Estágio encerra um ciclo de estudos e explana a experiência de formação e desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da ESMP.

Foi elaborado segundo uma metodologia reflexiva, através da análise crítica e fundamentada do percurso efetuado na aquisição das competências de EESMP durante a realização dos estágios, ancorada em evidência científica, realçando as atividades desenvolvidas e os ganhos pessoais e profissionais adquiridos.

Este documento divide-se em três partes: a primeira parte diz respeito à componente de estágio, iniciando-se pela contextualização dos campos de estágio, seguida da descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas e do seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de EESMP; a segunda parte corresponde à componente de investigação, onde é realizada uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia recomendada pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* (JBI, 2024) sobre o tema “Intervenções em Enfermagem de Saúde Mental para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade”; por fim, a terceira parte inclui uma Reflexão Final, demonstrando as competências adquiridas e a interligação de conhecimentos.

A opção pelo tema da componente de investigação relaciona-se com um interesse pessoal pela área do desenvolvimento da infância e adolescência e também por reconhecer que a intervenção precoce na promoção da saúde mental promove o desenvolvimento saudável do adolescente, o seu bem-estar e qualidade de vida e previne o desenvolvimento de um quadro patológico na idade adulta, tal como afirmam diversos autores (Oliveira & Oliveira, 2020; Sapthiang et al., 2018; World Health Organization, 2021b).

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

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O ciclo de estudos do MESMP comporta estágios da componente clínica que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), visam o aprofundamento do conhecimento e competências em ESMP.

Neste sentido, o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, uma vez que permite que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados e assim, que os futuros Enfermeiros Especialistas compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. Este facto facilita o processo de aquisição e consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Deste modo, a primeira parte deste Relatório diz respeito à descrição sucinta dos diferentes contextos de estágio, acompanhada do relato e análise crítica das várias atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas do EESMP.

O ciclo de estudos do Curso de MESMP da ESEnfC preconiza a realização de três momentos de estágio, no âmbito de duas Unidades Curriculares (UC): UC Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a UC de Estágio com Relatório.

O Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, orientado para aprendizagens na prática dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na clínica, foi realizado no 2º semestre do 1º ano do MESMP, em contexto hospitalar.

A UC Estágio com Relatório, correspondente ao estágio de natureza profissional, decorreu no 3º e último semestre do ciclo de estudos do Curso de MESMP, e operacionalizou-se em dois contextos clínicos distintos: o contexto clínico comunitário e o contexto de respostas diferenciadas.

Seguidamente, proceder-se-á à contextualização de cada campo de estágio, recorrendo à descrição sumária de cada contexto clínico relativamente aos recursos físicos e humanos, método de trabalho, modelo de trabalho em equipa e projetos em vigor.

1.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica correspondeu ao primeiro contacto com o contexto clínico da pessoa a viver experiência de doença mental, assim como a sua família ou pessoas de referência, tendo como foco os cuidados ao indivíduo/família num serviço de internamento de adultos, em fase aguda da doença.

Este estágio decorreu durante 7 semanas, entre 22 de maio e 7 de julho de 2023, numa Unidade de Psicose de um hospital central, inserida na Unidade de Reabilitação, pertencente

ao Centro Regional Integrado de Psiquiatria, cuja missão é promover o Tratamento, a Reabilitação, a Reintegração Psicossocial e a Investigação, visando a reabilitação cognitiva e funcional de pessoas com doença mental.

Para além da Unidade de Psicose, a Unidade de Reabilitação é também constituída pelas valências de Formação Profissional, Reabilitação Cognitiva, Hospital de dia, Terapia Ocupacional, Sala de *Snoezelen* - Sala de Estimulação Multissensorial e Relaxamento. Todas estas subunidades procuram funcionar como um todo integrado, com vista à recuperação e reabilitação da pessoa com experiência de doença mental, promovendo e otimizando a sua qualidade de vida.

A Unidade de Psicose é composta por duas valências: a Unidade de Internamento de Primeiro Episódio Psicótico (UIPEP) e a Unidade de Cuidados Avançados à Esquizofrenia Resistente ao Tratamento (UCAERe-T), dispondo de 4 vagas de internamento para a UIPEP e 8 vagas de UCAERe-T, no total de 12 vagas. A idade é um critério de internamento na UIPEP, devendo estar compreendida entre os 18 e os 35 anos.

À data da realização do estágio, a equipa de enfermagem era composta por 19 enfermeiros, dos quais Enfermeiro Gestor, EESMP, Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e enfermeiros de Cuidados Gerais, cuja tomada de decisão assenta nos referenciais teóricos: Teoria das Transições de Meleis, a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, adotando o Método de Enfermeiro de Referência.

Na Unidade de Psicose existem diversos projetos, nomeadamente o projeto de Psicoeducação (dirigido à pessoa internada e multifamiliar), projeto de Treino de Competências Sociais e, por fim, o projeto de Promoção de Bem-Estar Físico e Psicológico, através do Relaxamento e *Snoezelen*¹.

A estrutura física da Unidade de Psicose é composta por áreas espaçosas, com muita luz natural, rodeada por árvores no espaço exterior, providencia um ambiente tranquilo, silencioso, facilitador da realização das atividades planeadas. A recetividade e dinamismo dos elementos da equipa de enfermagem, assim como a extensa experiência no âmbito da ESMP, foram fatores facilitadores e promotores de oportunidades para a aprendizagem.

Uma vez que este estágio se direcionava para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do cuidar em ESMP da pessoa adulta, com necessidade de cuidados de saúde mental em fase aguda da doença, e sua família/pessoas significativas, as intervenções planeadas e desenvolvidas ao longo do estágio foram dirigidas

¹ O *snoezelen* proporciona um ambiente multissensorial através de luzes, música, aromas, texturas, com o objetivo de proporcionar conforto e estimulação dos sentidos da visão, audição, olfato, tato, sentido vestibular e proprioceptivo. Dada a sua componente de estimulação sensorial, requeria que para este projeto fossem apenas selecionadas as pessoas internadas sem presença de sintomas psicóticos.

à pessoa internada na UIPEP e sua família/pessoas significativas, uma vez que a UCAERET é destinada ao internamento de pessoas com experiência de doença mental grave e resistente ao tratamento.

As atividades desenvolvidas tiveram por base os objetivos gerais propostos no Guia Orientador do Estágio de ESMP (ESEnC, 2023 a). Posteriormente, foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades para lhes dar resposta.

O primeiro episódio psicótico ocorre maioritariamente em pessoas jovens, no final da adolescência e início da idade adulta, o que pode dificultar o processo de aceitação do estado de saúde. Por outro lado, a ausência de *insight* ou consciência da doença, é frequente em pessoas com perturbações psicóticas, constituindo um importante fator preditivo do curso da doença, baixo nível de adesão terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais (Vanelli et al., 2010). Deste processo decorrem também elevados níveis de *stress* para a família (Brito, 2021). Assim, ao longo do estágio foi desenvolvido um Programa de Psicoeducação Unifamiliar ([Apêndice 1](#)) com o objetivo de promover a aceitação do estado de saúde e o *insight* da pessoa a viver um primeiro episódio psicótico, e sua família, que será abordado de modo mais específico posteriormente.

1.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

O Estágio em contexto comunitário prevê cuidados à pessoa, família e grupos sociais, ao longo do ciclo vital, decorreu durante 10 semanas, entre 22 de setembro e 30 de novembro de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Centro de Saúde pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego.

Esta UCC representa uma unidade elementar de prestação de cuidados de âmbito domiciliário e comunitário. Detém autonomia organizativa e técnica, articula-se, numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Centro de Saúde, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. No momento de realização do estágio, a equipa multiprofissional era composta por quatro enfermeiros: duas EESMP, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária (que também desempenha as funções de coordenação da unidade), uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma assistente técnica, uma psicóloga e dois médicos.

A missão da UCC contempla a prestação de cuidados de saúde à população residente no concelho que abrange em resposta às suas necessidades e de acordo com as estratégias

de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde, na educação e promoção da saúde, na prevenção da doença, na criação de parcerias com outras instituições e criação de redes de apoio a grupos mais vulneráveis.

Neste âmbito, a UCC possui diversos projetos desenvolvidos em áreas distintas, nomeadamente no âmbito da Saúde Escolar, pessoa com Doença Mental grave na comunidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e cuidados paliativos, através da participação de uma EESMP na Equipa Comunitária de Suporte aos Cuidados Paliativos (ECSCP).

Relativamente ao contexto comunitário, o concelho que engloba a UCC tem uma extensão geográfica de cerca de 230 Km² e 26% da população detém mais de 65 anos (PORDATA, 2021).

A UCC proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento no âmbito da ESMP, associadas ao papel que o EESMP desempenha nos diversos projetos, nomeadamente ao nível da ECCI e ECSCP, pelos cuidados especializados prestados ao nível do *stress* do cuidador e do luto, por exemplo; na Saúde Escolar, pelo trabalho com as crianças e adolescentes na gestão de emoções, controlo de ansiedade e apoio personalizado disponibilizado no Gabinete de apoio Pedagógico; na intervenção com a pessoa com doença mental grave e a sua família, no combate ao estigma e reabilitação psicossocial. A disponibilidade e recetividade da equipa da UCC e a sua ampla experiência no âmbito da ESMP em âmbito comunitário, constituíram, sem dúvida, uma oportunidade para o meu desenvolvimento enquanto futura EESMP.

Por outro lado, a extensa dimensão do concelho representou uma limitação ao planeamento de cuidados, por implicar maior dispêndio de tempo nas deslocações entre as diversas freguesias. O facto do concelho apresentar uma população envelhecida, aumenta a probabilidade de necessidades de suporte, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde, pela probabilidade de aparecimento de doenças crónicas e degenerativas, como as Perturbações Neurocognitivas (PNC), que comprometem a saúde mental da pessoa, mas também do cuidador (World Health Organization, 2012), o que justifica o facto de algumas atividades desenvolvidas se direcionarem à população sénior.

1.3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O Estágio em contexto de respostas diferenciadas decorreu entre 5 de dezembro de 2023 e 16 de fevereiro de 2024 (cerca de 8 semanas), num serviço de Pedopsiquiatria de um Centro Hospitalar.

Este serviço de Pedopsiquiatria contempla um serviço de ambulatório (Consulta Externa e Hospital de Dia) e um serviço de internamento. A unidade de internamento foi criada em dezembro de 2016, pela necessidade crescente de cuidar crianças e adolescentes com necessidades de cuidados de saúde mental, que recorriam ao serviço de urgência, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos e 364 dias. No dia em que completam 18 anos, os jovens passam a ser acompanhados pelos serviços especializados em saúde mental e psiquiatria do adulto.

O serviço, composto por uma equipa multidisciplinar, tem como objetivo oferecer cuidados especializados em Psiquiatria da Infância e Adolescência, favorecendo o bem-estar da criança/adolescente e promovendo a rápida reintegração no seu ambiente social.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos pedopsiquiatras, psicóloga, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta e assistente social. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída maioritariamente por EESMP, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um Enfermeiro de cuidados gerais.

No internamento, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem tem por base o Método Enfermeiro de Referência, e o processo de tomada de decisão em enfermagem baseia-se nos referenciais de teóricos da Teoria das Transições de Meleis, Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Ao nível do internamento são desenvolvidos diversos projetos pela equipa de enfermagem, tais como o RelaxadaMente (com treino e ensino progressivo de técnicas de relaxamento), Moviment'Arte (utilização da dança enquanto mediador da expressão), Cuid'Arte (utilização da terapia pela arte), CineCuidar e BiblioCuidar (recorrer ao cinema ou à literatura (textos ou letras de músicas, enquanto mediadores terapêuticos de expressão cognitiva e emocional), Psicoeducação, com dramatização (sessões de psicoeducação para promover a literacia em saúde mental), BeYou (projeto que visa ajudar a identificar, escolher e a gerir as emoções), Pedoparentalidade (projeto direcionado ao adolescente/jovem e família, para facilitar a vivência dos processos de transição).

A equipa de enfermagem desenvolve outras intervenções facilitadoras do auto e heteroconhecimento, através de atividades ocupacionais terapêuticas, como escrita criativa, desenho, culinária e o projeto ConheSER (momento para pesquisas direcionadas em

computador) e atividades lúdicas: sessões de música/ karaoke; atividades livres (leitura, TV...).

A reunião comunitária é realizada semanalmente, onde é efetuado um balanço das atividades realizadas e se dá oportunidade aos adolescentes de transmitirem a sua opinião, assim como proporem novas atividades a realizar.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas na consulta externa, a consulta de enfermagem desenvolve-se com crianças e adolescentes a viver problemas de saúde mental e de desenvolvimento, nomeadamente Perturbação do Comportamento Alimentar, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação de oposição-desafio, Depressão, Disforia de Género, Perturbações de Ansiedade, entre outros.

A consulta da Primeira Infância, criada recentemente, dirige-se a crianças entre os 0 e os 5 anos, cuja intervenção multidisciplinar prevê a prevenção e promoção da saúde mental infantil, em articulação com os serviços existentes na comunidade, como equipas de intervenção precoce, creches, jardins de infância e instituições de acolhimento. Na consulta de enfermagem, é realizada a entrevista de acolhimento, com caracterização da família e seu contexto sociodemográfico, motivo de vinda à consulta, expectativas e disponibilidade da família para a intervenção terapêutica. É também explicado o funcionamento da consulta e solicitado o consentimento informado.

O serviço de Pedopsiquiatria apresenta inúmeras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, não só pelas dinâmicas e projetos desenvolvidos no serviço, mas também pela especificidade e exigência que cuidar crianças e adolescentes implica, nomeadamente aqueles que experienciam processos de doença mental. Tal como Dias & Carvalho (2017) mencionam, trabalhar em pedopsiquiatria exige elevado desenvolvimento ao nível das competências comunicacionais e da gestão de emoções, bem como o autoconhecimento, a adequada gestão das relações interpessoais e tomada de consciência dos processos transferenciais, contratransferenciais e projetivos.

Outra oportunidade de aprendizagem surgiu pela possibilidade de cuidar crianças/adolescentes tanto ao nível do internamento, como da consulta externa, proporcionando cuidados especializados em ESMP a crianças e adolescentes de diferentes idades e em diferentes fases do processo de doença, como no caso de primeiras consultas ou consultas no pós-alta, por exemplo.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Foi perspectivado que no percurso académico percorrido no âmbito deste mestrado, fossem desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista, e competências específicas de EESMP, adquiridas e ampliadas através das atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio.

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros remete para o facto da descrição de competências comuns e específicas, de acordo com cada área da especialidade, providenciar um enquadramento regulador, para que as competências possam ser certificadas, assim como a possibilidade de comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

De seguida, serão explanadas as diversas atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de cada competência, procedendo-se a um exercício reflexivo, com base em documentos orientadores e regulamentadores da profissão de enfermeiro, assim como em literatura pertinente.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, entende-se por competências comuns do Enfermeiro Especialista “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, assim como através do “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

O mesmo documento define quatro domínios das competências comuns, sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, comportam a capacidade de o Enfermeiro Especialista desenvolver “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, assim como ser capaz de garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4745).

Ainda segundo o mesmo regulamento, na sua prática o “Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, incorporando os seus conhecimentos éticos e deontológicos na avaliação permanente das melhores práticas e das preferências da pessoa (p. 4746).

Neste âmbito, é possível afirmar que em todos os campos de estágio, nas várias atividades desenvolvidas, foram respeitados os princípios éticos e legislação inerentes à profissão de enfermeiro dispostos na Deontologia Profissional, inserida no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, assim como foi respeitada a individualidade da pessoa/família cuidada.

Respeitando os valores da igualdade, da liberdade, da verdade e da justiça, do altruísmo e solidariedade, as intervenções de ESMP desenvolvidas no decorrer dos diferentes estágios, tiveram como objetivo a promoção da saúde mental da pessoa, família e/ou comunidade, a prevenção da doença mental, assim como o tratamento da doença e a recuperação da pessoa a viver experiência de doença mental, na família e comunidade, tal como previsto no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, garantindo sempre a defesa pela dignidade e pelos direitos humanos.

A garantia da dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos universais, expostos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 1948 (United Nations General Assembly, 2017), foram basilares durante todo o meu percurso enquanto futura enfermeira especialista, o que pressupõe, segundo a Deontologia Profissional, o respeito pelo direito da pessoa aos cuidados humanizados e personalizados, ao acesso à informação no âmbito dos cuidados de enfermagem, à garantia da privacidade e da confidencialidade dos dados obtidos na relação terapêutica, à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido antes de cada intervenção ou procedimento, assim como a manutenção de práticas seguras. Este facto corrobora o previsto no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, segundo a qual o enfermeiro especialista “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos (...)”, assim como “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (p. 4746).

No meu percurso de cuidar a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental integrei também a nova lei de saúde mental (Lei nº 35/2023, de 21 de julho) publicada em julho de 2023 e entrada em vigor no agosto seguinte, que veio consagrar os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, regular as restrições dos seus direitos e garantir a proteção da sua liberdade e autonomia, nomeadamente no que concerne

aos pressupostos para tratamento involuntário, à utilização de medidas coercivas e prolongamento indefinido de medidas de segurança no internamento de inimputáveis.

Por outro lado, os planos de intervenção desenvolvidos com a pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental e sua família/pessoas de referência/cuidador foram elaborados respeitando a individualidade da pessoa e desenvolvidos em parceria com o mesmo, tal como explícito também no Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o Enfermeiro Especialista “Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (p.4746).

Ainda no âmbito das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a oportunidade de participar em diversas reuniões multidisciplinares nos diferentes contextos de estágio permitiu observar e perceber o papel que o EESMP ocupa na equipa de saúde, participando na “construção da tomada de decisão em equipa”, tal como previsto no mesmo regulamento (p. 4746).

2.1.2 Melhoria Contínua da Qualidade

No âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, é mencionado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que é competência comum do enfermeiro especialista garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, tal como desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantindo sempre um ambiente terapêutico e seguro.

No estágio em contexto de respostas diferenciadas foram desenvolvidas atividades de melhoria para a consulta externa, através da elaboração de dois folhetos direcionados aos pais e cuidadores, um sobre a consulta da primeira Infância ([Apêndice 2](#)) e outro sobre “Jogo patológico *online*” ([Apêndice 3](#)).

Os folhetos informativos são um dos instrumentos de comunicação mais antigos e mais utilizados nas organizações de saúde, para aumentar a consciencialização sobre determinado tema de saúde (Doak, Doak & Root, (2012), citados por A. Garcia & Eiró-Gomes (2023))

Neste sentido, o folheto sobre a consulta da primeira Infância foi concebido com base no Documento Orientador para a Equipa Multidisciplinar da Primeira Infância já existente no serviço, e teve como propósito ser facultado aos pais/cuidadores na primeira consulta, para dar a conhecer o objetivo e tipo de intervenção realizada na consulta, assim como a composição da equipa multiprofissional. Depois de elaborado, o folheto foi apresentado e discutido com a Equipa da Primeira Infância, em reunião multidisciplinar, sendo posteriormente aprovado e enviado para o gabinete de qualidade da instituição, para

aprovação superior. Este facto foi muito positivo, por perceber que dei um contributo enquanto futura EESMP na melhoria da divulgação do trabalho desenvolvido pela Equipa de Primeira Infância, principalmente junto dos pais/cuidadores das crianças integradas na consulta da primeira infância.

No que diz respeito ao folheto “Jogo Patológico *online*”, este surgiu após uma formação sobre o tema, à qual tive oportunidade de assistir com uma das enfermeiras tutoras. Sendo uma problemática atual, e existindo necessidade crescente de abordar o tema com crianças, adolescentes e cuidadores que vêm à consulta, considerou-se que a elaboração de um folheto com informações práticas dirigidas aos pais/cuidadores, tais como estratégias de controlo do abuso dos videojogos nas crianças e adolescentes, classificação PEGI (*Pan-European Game Information*) e informação sobre os sinais de alerta de dependência, seria muito pertinente. Este folheto servirá enquanto reforço da informação prestada na consulta, servindo como instrumento para a capacitação dos pais/cuidadores na gestão do tempo de videojogos dos filhos e nas suas consequências negativas, evitando o seu uso abusivo.

Também no estágio realizado em contexto comunitário, foi elaborado um folheto sobre a comunicação com o/a adolescente ([Apêndice 4](#)), para ser distribuído aos pais de adolescentes, que os acompanhem na consulta de vigilância dos 14-15 anos, pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, do centro de saúde onde foi desenvolvido este estágio. Tive a possibilidade de apresentar e entregar este folheto aos enfermeiros da referida unidade, contextualizando a importância da comunicação no período da adolescência. Este poderá ser utilizado pelos enfermeiros enquanto instrumento facilitador e de reforço dos ensinamentos que fazem sobre a comunicação entre os pais/cuidadores e o/a adolescente durante a consulta.

Nas famílias com filhos adolescentes, a comunicação tem um papel preponderante para a construção da identidade do adolescente (Sanches & Jorge, 2024), sendo frequente a existência de algum conflito entre pais e filhos, que, segundo os mesmos autores, se relaciona com a necessidade do adolescente afirmar as suas opiniões e pontos de vista.

Neste sentido, o folheto elaborado pode revelar utilidade para os pais/cuidadores de adolescentes, quando oferecido pelos enfermeiros durante a consulta de vigilância, pelo que se considera que o mesmo contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados neste centro de saúde.

Outra das atividades desenvolvidas no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquadra-se no aperfeiçoamento de um procedimento sobre a consulta de enfermagem de *Follow-up*, já existente no serviço pedopsiquiatria, sugerido pelas enfermeiras tutoras e pela enfermeira em funções de gestão.

Assim, e em conjunto com a colega de estágio, foi efetuada pesquisa bibliográfica, no sentido de reforçar a fundamentação teórica do procedimento já existente, com evidência científica mais recente, assim como acrescentar questões ao guião da consulta que já existia, nomeadamente sobre as estratégias de *coping* utilizadas pelo adolescente no regresso a casa.

A elaboração de uma sugestão de melhoria ao procedimento já existente implicou muitos momentos de reflexão, tanto com a colega de estágio, como com as enfermeiras tutoras e outros enfermeiros da equipa, de forma a conceber uma consulta de enfermagem de *follow up* mais otimizada e estruturada, respeitando os princípios da individualização e personalização dos cuidados, tal como preconizado no Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (PQCEESM). Considero que este processo foi benéfico para o meu desenvolvimento profissional, principalmente ao nível do raciocínio crítico, mas também na mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos.

A sugestão de melhoria ao procedimento “Consulta de Enfermagem de *Follow up*” ([Apêndice 5](#)) culminou com a apresentação à equipa de enfermagem, num momento de Formação em Serviço ([Apêndice 6](#)). Este momento, para além de estar enquadrado na melhoria da qualidade dos cuidados, foi um desafio enriquecedor e de aprendizagem, pois permitiu expor o trabalho desenvolvido perante a equipa, ocorrendo um debate de ideias positivo, o que permitiu melhorar alguns itens do procedimento, nomeadamente a nível da definição de indicadores.

Neste sentido, considera-se que, a elaboração dos folhetos anteriormente referidos, tal como a elaboração de uma sugestão de melhoria a um procedimento já existente, e a sua apresentação e discussão com a equipa de enfermagem, num momento de formação em serviço, se enquadra nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, explanadas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. O trabalho desenvolvido compreende ações no domínio da melhoria contínua da qualidade, tal como exposto no documento anteriormente referido, onde se lê que “O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas (...)”, assim como “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (p. 4747).

2.1.3 Gestão dos Cuidados

No âmbito do domínio de gestão de cuidados, e segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, tal como “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Neste âmbito, em todos os contextos tive a oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares, na qual presenciei o papel assumido pelo EESMP no seio da equipa multidisciplinar e a importância do seu contributo na melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa e família.

No estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, detive a oportunidade de participar em duas reuniões multidisciplinares compostas por elementos da equipa de enfermagem, médica, técnicos de saúde ocupacional, assistente social e psicológico, o que me deu uma visão do papel que o EESMP integra na equipa, enquanto elemento central no processo de gestão de cuidados, uma vez que o seu parecer e avaliação do doente eram determinantes na decisão tomada em equipa, relativamente ao tratamento e reabilitação da pessoa internada.

Também no estágio em contexto comunitário pude assistir às reuniões semanais da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, nas quais estavam presentes enfermeiros, dos quais dois EESMP, médicos, assistente social e psicóloga. Esta oportunidade foi muito benéfica para a minha aprendizagem, pois pude observar a forma como o EESMP transmitia a sua avaliação de saúde mental de cada pessoa e família, algo que representou um excelente exemplo de como as competências comunicacionais do EESMP favorecem a comunicação em equipa, e de como é possível decidir e discutir em equipa o plano de intervenção que melhor se adequa à pessoa e sua família, respeitando a sua vontade expressa.

No estágio em contexto de respostas diferenciadas surgiu também a oportunidade de assistir a diferentes reuniões multidisciplinares: internamento, Hospital de Dia e três reuniões da consulta da primeira infância, com a participação de elementos da equipa médica, educadoras de ensino especial, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e musicoterapeuta. Em todas elas, presenciei a discussão individual de casos, existindo partilha entre os diferentes profissionais, na busca para encontrar a melhor solução terapêutica para cada criança/adolescente e sua família/cuidadores. Nas diferentes reuniões, o EESMP representa um elemento essencial na decisão do plano terapêutico mais ajustado e elaborado em parceria, com a criança/adolescente e seus cuidadores.

A participação do EESMP nas decisões em equipa vai ao encontro do previsto no Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, segundo qual o Enfermeiro Especialista “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” pois “Colabora nas decisões da equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4748)

2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens Profissionais

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros prevê-se que o Enfermeiro Especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando capacidade de autoconhecimento e destacando “(...) a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (p. 4749).

Ora, sendo o autoconhecimento uma das competências específicas do EESMP, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, esta foi uma competência muito trabalhada e desenvolvida durante todo este percurso. A tomada de consciência de mim, enquanto pessoa e profissional ocorreu em todas as atividades desenvolvidas, tanto na interação com a pessoa/família/grupo, assim como nas interações em equipa. Este autoconhecimento decorreu, sobretudo, através da consciencialização do impacto que a linguagem verbal e não verbal utilizada tem no outro e na relação terapêutica, através de um processo de autoanálise e observação do outro, o que vai ao encontro do explanado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, pois segundo o mesmo, o enfermeiro especialista “Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar (...) Consciencializa a influência pessoal na relação profissional” (p. 4749).

Outro momento que exigiu autocontrolo e gestão de emoções ocorreu durante a formação em serviço desenvolvida no estágio em contexto de respostas diferenciadas, previamente abordada, onde se proporcionou um momento de discussão e debate de ideias, algumas em desacordo com a proposta apresentada, no caso, a proposta de melhoria ao Procedimento da Consulta de Enfermagem de *Follow up* ([Apêndice 5](#)). Nesta circunstância, apesar de ter sido um momento que implicou *stress* e tensão para mim, penso que fui capaz de gerir as minhas emoções e responder de forma calma, com tom de voz adequado e assertivo, sendo capaz de explicar de forma clara o ponto de vista apresentado. Este momento corrobora a competência do Enfermeiro Especialista promover respostas adaptativas a nível individual e da organização, pois “Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” e

“Atua eficazmente sob pressão” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4749).

Ainda a respeito deste domínio, o “Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4749). Neste âmbito, todas as intervenções desenvolvidas requereram trabalho de pesquisa, baseando-se na evidência científica mais recente e nos documentos alicerçantes da profissão.

O momento de formação em serviço realizado para a apresentação desta proposta e a posterior discussão, corrobora o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o Enfermeiro Especialista “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho (...) Discute as implicações da investigação” (p. 4749).

Por outro lado, é também princípio geral do Código Deontológico do Enfermeiro, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Primeiramente, a realização deste mestrado comporta o princípio deontológico de assegurar a contínua atualização de conhecimentos, nomeadamente através da frequência de ações de qualificação profissional, tal como explanado no art. 100º do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, 2015), uma vez que a aquisição de conhecimentos no âmbito da ESMP, representa uma melhoria e um aprofundamento dos conhecimentos já consolidados, acrescentando a especialização e a aquisição de competências especializadas de EESMP.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, decorre um conjunto de competências especializadas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade, designadas por competências específicas (Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019). Segundo o mesmo documento, as competências específicas do enfermeiro especialista emergem “(...) das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

De acordo com o mesmo documento, a certificação das competências especializadas é uma garantia de que o enfermeiro especialista detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, respeitando as necessidades de saúde da pessoa/família/grupo/comunidade.

Segundo o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, estas dizem respeito à capacidade do EESMP:

- Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajudar 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;
- Prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Seguidamente, proceder-se-á à descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição de cada competência específica.

2.2.1 Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, decorrente da vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, pode interferir com o estabelecimento da relação terapêutica, assim como no desenvolvimento de intervenções no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental, o que condiciona os resultados esperados. Neste sentido, esta capacidade representa um elemento crucial na prática do EESMP (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

A relação terapêutica é entendida pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 356/2015 dos PQCEESM, como a parceria estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Ainda segundo o mesmo regulamento, esta relação é desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo apoiar a pessoa a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde, podendo envolver e estabelecer parceria com a sua família ou conviventes significativos.

Este conceito assenta na construção teórica proposta por Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais. Peplau foi a primeira teórica de enfermagem a identificar a relação enfermeiro-doente como o centro do cuidado de enfermagem, sendo vista como uma pioneira e líder no desenvolvimento da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Parker & Smith, 2010). Peplau definiu enfermagem enquanto um processo significativo, terapêutico e interpessoal, representando um instrumento educativo que facilita o desenvolvimento criativo, construtivo e produtivo da pessoa cuidada, enquanto indivíduo e na comunidade em que se insere (Peplau, 1952, citada por Parker & Smith, 2010).

Considero que esta foi uma das competências mais desenvolvidas durante este percurso de aprendizagem e crescimento, começando logo no primeiro momento de estágio.

Como referido anteriormente, o primeiro momento de estágio decorreu numa Unidade de Psicose, que dava resposta a jovens até aos 35 anos a viver um primeiro episódio psicótico ou com vivência de esquizofrenia resistente ao tratamento.

A psicose refere-se a conjunto de sintomas que afetam a mente e implicam a perda de contacto com a realidade, nomeadamente ao nível da alteração do pensamento e perceção, o que conduz a pessoa a ter dificuldade em distinguir e reconhecer o que corresponde, ou não, à realidade (National Institute of Mental Health, 2023).

Segundo a American Psychiatric Association (2023), a psicose é um quadro característico das doenças do espectro da esquizofrenia, podendo também surgir, embora de forma variável, enquanto sintoma das perturbações do humor e uso de substâncias. É também uma característica relativamente comum de muitas condições neurológicas e médicas do desenvolvimento, adquiridas e degenerativas.

A psicose exige a presença de alucinações e/ou delírios, sem *insight* para a sua origem patológica (American Psychiatric Association, 2023; World Health Organization, 1992). Muitos indivíduos com perturbações psicóticas têm também prejuízo de diversos domínios cognitivos, perturbações do comportamento psicomotor, sintomas negativos e distúrbios emocionais, um conjunto de sintomas disruptivos, que comprometem o funcionamento da pessoa (Arciniegas, 2015). No âmbito dos sintomas negativos, consideram-se o isolamento social, abolia, alogia e expressão facial pobre (American Psychiatric Association, 2023).

Assim, é compreensível que os utentes internados na Unidade de Psicose apresentassem inúmeros dos sintomas anteriormente referidos, nomeadamente ao nível da dificuldade na interação social e resistência para participar nas atividades propostas.

O estágio nesta unidade constituiu um marco importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional, porque implicou que mobilizasse a minha pessoa enquanto instrumento terapêutico, por forma a obter a colaboração da pessoa internada e assim, implementar as intervenções previstas, sobretudo durante a realização de sessões de psicoeducação e entrevistas à pessoa e família. Consequentemente, a mobilização de mim própria enquanto instrumento terapêutico, exigiu a tomada de consciência de mim, das minhas reações corporais, não permitindo que a ansiedade ou a frustração interferissem com o estabelecimento da relação terapêutica, indo ao encontro do previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o EESMP “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” (p. 21428).

Neste âmbito, em muito contribuíram os momentos de caminhada terapêutica nos jardins da unidade. O contexto descontraído vivido durante a caminhada, foi interpretado por mim como uma janela de oportunidade para estimular a comunicação verbal e o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa internada, o que facilitou, posteriormente, obter a sua colaboração e envolvimento nas atividades propostas.

Ainda na Unidade de Psicose, tive a oportunidade de realizar um estudo de caso previsto no plano de estudos do MESMP a uma pessoa internada de referência, um jovem de 31 anos, internado em contexto de um primeiro episódio psicótico. Como sintomas da doença apresentava sobretudo sintomas negativos (expressão facial pobre, o que dificultava a leitura e interpretação das suas emoções) e abolia (traduzida na resistência para participar nas atividades propostas). Simultaneamente, manifestava alterações do comportamento psicomotor, demonstrada por uma postura rígida, acentuada lentificação do pensamento ou bradipsiquismo, traduzida em lentificação do discurso, ou bradifemia, e aumento do tempo de latência de resposta.

Neste sentido, a realização de entrevistas a este utente exigiu, não só a mobilização e domínio de técnicas de comunicação, mas também a tomada de consciência de mim, uma vez que como o jovem demorava vários segundos a responder às questões e tinha um fâcies pouco expressivo, necessitei de tomar consciência das minhas reações corporais, evitando transmitir sinais de impaciência ou expressões faciais que condicionassem a sua resposta e colaboração e, conseqüentemente, interferissem com a relação terapêutica estabelecida e com os resultados esperados.

Pelo contrário, ao longo do estágio, penso que fui capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa internada e também com a sua família, o que se traduziu pelos bons resultados obtidos na realização do Programa de Psicoeducação Unifamiliar ([Apêndice 1](#)), que será abordado no ponto 2.2.3. Este relato incorpora a primeira competência específica do EESMP, nomeadamente a necessidade de monitorizar “as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Também no estágio em contexto comunitário, houve oportunidade de desenvolver esta competência. Inicialmente, a aprendizagem ocorreu pela observação da enfermeira tutora durante as visitas domiciliárias no âmbito da ECCL e da ECSCP, mas também na realização de entrevistas a utentes em diferentes situações.

Perceber como a enfermeira tutora geria a comunicação verbal e não verbal, mobilizando-se enquanto instrumento terapêutico, enquanto preparava o luto antecipatório de algumas cuidadoras, numa entrevista a uma jovem com experiência de doença mental grave e a um casal a vivenciar um período de crise, foi muito construtivo para mim. Nas visitas de cuidados paliativos, por exemplo, tive a possibilidade de perceber a aplicação das diferentes técnicas de entrevista, a utilização do toque e linguagem não verbal em favorecimento da relação terapêutica, o respeito demonstrado pelas vontades individuais de cada pessoa cuidada, o que constituiu uma grande oportunidade de aprendizagem.

Simultaneamente, de forma autónoma e em parceria com a colega de estágio, foi feito o acompanhamento de uma família, no caso, uma pessoa com Perturbação Neurocognitiva Major, mais especificamente, Demência de Alzheimer, em que a sua esposa e cuidadora revelava sinais francos de exaustão.

Acompanhar esta família foi muito significativo para o meu percurso, porque houve necessidade de estabelecer relação terapêutica com cada elemento do casal.

Na relação estabelecida a pessoa com demência necessitei de mobilizar-me e adequar a minha linguagem verbal e não verbal, nomeadamente o tom de voz baixo, a manutenção do contacto visual e a utilização do toque para que mantivesse a atenção focada em mim, recorrendo a frases curtas, fornecendo uma indicação de cada vez e aguardando o seu feedback, de forma a aumentar o sucesso terapêutico. Esta estratégia coaduna o previsto por Sequeira & Sampaio (2020), segundo quais, ao cuidar de pessoas com problemas de saúde mental, é fundamental que o enfermeiro detenha um elevado conhecimento de si, para modelar a comunicação verbal e não verbal, de modo a aumentar o seu potencial terapêutico.

Por outro lado, na intervenção com a cuidadora foi essencial estabelecer os limites da relação terapêutica, explicando que as intervenções desenvolvidas procuravam o seu bem-estar e promoção da sua saúde mental, que a equipa estaria disponível através do contacto telefónico para o efeito para esclarecer as suas dúvidas, evitando assim a transgressão para o lado pessoal, nomeadamente quando a utente solicitou o meu contacto telefónico pessoal. Estes factos vão ao encontro do previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o EESMP procura manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (p. 21428) e, simultaneamente, mobiliza a tomada de consciência de si, para favorecer a relação terapêutica.

Já no estágio em contexto de respostas diferenciadas, num serviço de pedopsiquiatria, pude também desenvolver esta competência, essencialmente no âmbito da gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência, tal como previsto no regulamento acima referido, onde é explanado que o EESMP “Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.” (p. 21428).

Dias & Carvalho (2017) mencionam que a pedopsiquiatria é uma área particular e extremamente específica, que exige ao EESMP um elevado desenvolvimento ao nível do autoconhecimento, das competências comunicacionais e gestão de emoções. Os mesmos autores referem que é necessário que o EESMP faça a adequada gestão das relações intrapessoais e tome consciência dos processos transferenciais, contratransferenciais e projetivos, tal como mencionado no Regulamento das competências específicas do EESMP, acima citado.

A transferência diz respeito a um conceito habitualmente utilizado para identificar as reações da pessoa cuidada ao seu terapeuta, apesar de ocorrer nas relações interpessoais do quotidiano. Esta corresponde ao deslocamento de reações relativas a pessoas significativas do passado, para uma pessoa no presente, mas que não são adequadas a si (Cartwright, 2011). Mais especificamente, o fenómeno de transferência pode traduzir-se em extrema

admiração ou dependência do enfermeiro, assim como paixão, agressividade ou possessividade dirigida ao enfermeiro, por exemplo (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

O conceito de contratransferência é mais utilizado para fazer referência às respostas cognitivo-afetivas do terapeuta relativamente ao utente, que podem conduzir o enfermeiro ao desinteresse num determinado caso clínico, à atração física/sexual pelo utente, à crítica negativa, juízos de valor, paternalismo ou sobreproteção do utente (Cartwright, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Ambos os conceitos têm por base os paradigmas da psicodinâmica e podem interferir com o estabelecimento da relação terapêutica, exigindo ao enfermeiro que esteja atento às reações positivas / negativas que o utente lhe dirige, mas também que monitorize as suas próprias emoções, por forma a contornar este tipo de fenómenos, refletindo sobre eles (Cartwright, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2023). Para Cartwright (2011) pode ser vantajoso para o terapeuta compreender estes conceitos como parte integrante da sua prática reflexiva, sobretudo no que diz respeito à perceção e gestão das respostas de contratransferência.

Ainda no âmbito desta temática, no estágio em contexto comunitário, tive também a oportunidade de desenvolver sessões psicoeducacionais sobre a ansiedade a turmas do 9º ano, enquadradas num projeto desenvolvido para o autocontrolo da ansiedade na adolescência ([Apêndice 7](#)), que será posteriormente abordado no ponto 2.2.2. Numa das sessões, os alunos da turma em questão, iniciaram a sessão identificando-se enquanto a “pior turma da escola” (sic), manifestando comportamentos desafiadores, como por exemplo, rir alto e levantar da cadeira. Perante este comportamento foi possível adequar a minha postura de forma, gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, uma vez que apesar da agitação demonstrada, procurei pensar que aquele comportamento poderia não ser dirigido especificamente a mim, tentei não demonstrar ansiedade, gerindo as minhas emoções e, pelo contrário, revelando calma na minha postura e na voz, mas também firmeza. À medida que a sessão avançou, foi possível captar a atenção da turma e obter a sua participação.

Corroborando tudo o que já foi dito, considero que este percurso de prática clínica me permitiu evoluir enquanto pessoa e enquanto enfermeira, desenvolvendo com consistência a primeira competência do EESMP, sobretudo a área do autoconhecimento e autoconsciência do “eu”.

Por um lado, compreendi que, ao cuidar da pessoa/família/grupo/comunidade, independentemente da fase do ciclo vital em que se encontra, seja uma criança, adolescente ou adulto, a linguagem verbal e não verbal, a forma como me mostro aos outros, os meus valores e emoções devem ser monitorizadas e geridas, pois podem influenciar e interferir na relação terapêutica.

Por outro lado, obtive ganhos a nível do autoconhecimento, o que decorreu de um processo autorreflexivo associado às vivências ao longo deste percurso, nos diferentes contextos de estágio, tanto nos momentos vividos com a equipa multidisciplinar, mas sobretudo no desenvolvimento de intervenções dirigidas à pessoa/família/grupo, tal como previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o EESMP “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (p. 21428).

Por fim, concluo que o processo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal percecionado vai ao encontro do previsto por Peplau, na sua Teoria das Relações Interpessoais, segundo a qual, na relação enfermeiro-cliente, ambos crescem em resultado da relação profissional estabelecida. Para Peplau, na relação estabelecida com a pessoa cuidada, o enfermeiro facilita o movimento ascendente da personalidade do outro, mas evolui simultaneamente com ela (Townsend, 2011).

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

A segunda competência específica do EESMP definida pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, diz respeito à capacidade de assistir a pessoa, família, grupos e comunidade a otimizar a sua saúde mental. Esta otimização implica uma avaliação abrangente, que decorre da “Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (p. 21428).

O processo de avaliação, segundo o mesmo regulamento, exige ao EESMP a mobilização de aptidões de comunicação, domínio de técnicas de entrevista, sensibilidade cultural e linguística, observação do comportamento, revisão dos registos e avaliação ampla da pessoa e dos sistemas relevantes.

A observação inicial assenta na necessidade de colher dados relativos à forma como a pessoa se apresenta, como comunica, como se movimenta e como reage a determinada situação (Amaral, 2020).

A entrevista clínica, segundo Sequeira (2016), consiste na interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa, grupo ou família, cujo objetivo consiste em conhecer e compreender, em detalhe, o problema de saúde do utente e o contexto em que a pessoa e o seu problema se inserem. Através da entrevista, o profissional organiza o processo de observação e de informações que necessita recolher, agrupando dados fundamentais para a prescrição de intervenções individualizadas e que mais se adequam àquela pessoa, grupo ou

família. Amaral (2020) sustenta, que é através da entrevista que o EESMP procura fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica, através da utilização adequada de diferentes técnicas de comunicação.

O exame do estado mental consiste na análise das características mentais, cognitivas e de interação social, nomeadamente o nível de consciência, atenção, orientação, memória, conduta, discurso e expressão da sexualidade diretamente observadas ou relatadas pela pessoa. As informações agrupadas permitem identificar focos de atenção ou estabelecer diagnósticos de enfermagem (Amaral, 2020).

Neste sentido, no Estágio em Enfermagem de Saúde Mental, a elaboração do estudo de caso, previsto no plano de estudos, assim como do Programa de Psicoeducação Unifamiliar ([Apêndice 1](#)), constituiu um excelente momento de aprendizagem, pela necessidade de realizar uma avaliação global, do ponto de vista da saúde mental, não só da pessoa internada, como da sua família. Para esta avaliação recorreu-se à realização de entrevistas (ao utente e aos seus pais, separadamente), exame do estado mental, observação da comunicação não-verbal do utente/família e consulta dos registos no processo clínico. Este facto corresponde ao previsto pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o EESMP “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (p.21428).

Simultaneamente, no estágio em contexto comunitário, no acompanhamento da família na qual um dos cônjuges estava diagnosticado com PNC major e era cuidado pela sua esposa, foram replicados os passos anteriores para avaliar as necessidades de cuidados de saúde mental da família, permitindo assim elaborar posteriormente, um plano de intervenção ajustado às necessidades do casal ([Apêndice 8](#)). No caso desta família, a entrevista foi realizada com a esposa, uma vez que o marido demonstrava sinais avançados de demência, com comprometimento da linguagem e da capacidade de compreensão. Assim, a colheita de dados baseou-se na observação e exame do estado mental.

No estágio em contexto de respostas diferenciadas, no âmbito da consulta externa tive a oportunidade de acompanhar crianças e adolescentes, com diferentes problemas de saúde mental e de uma vasta faixa etária, o que me exigiu flexibilidade na adequação da linguagem e mobilização de conhecimentos. Para Thomas & Priest (2016), a comunicação verbal, a sensibilidade cultural e linguística é um elemento crucial na interação e trabalho com as famílias, corroborando o previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, e parafraseado anteriormente.

A consulta consiste no ato de examinar alguém e tem como objetivo identificar uma ou mais necessidades/problemas da pessoa/família, aconselhando uma ou mais modalidades de

intervenção (Sequeira, 2016). É na consulta que o enfermeiro avalia o funcionamento da pessoa, relacionando o seu estado físico com as características do seu estado mental, nomeadamente os aspetos inerentes à interação social, determinando os desequilíbrios e problemas de saúde mental da pessoa, sensíveis aos seus cuidados (Amaral, 2020).

Neste sentido, foi-me permitido pela enfermeira tutora, conduzir as consultas, tendo primeiro consultado o processo clínico da criança/adolescente, de forma a perceber avaliações realizadas em consultas anteriores, que serviam como ponto de partida para a consulta atual. Caso fosse a primeira consulta, era realizada uma avaliação de inicial da saúde mental da criança/adolescente, mas também da família ou cuidadores, assim como da rede de suporte social. Esta avaliação era efetuada com base no Modelo de Calgary de Avaliação da Família e Teoria dos Sistemas, recorrendo à entrevista, observação e exame do estado mental da criança/adolescente.

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família consiste na avaliação da família em três categorias: Estrutural, Desenvolvimental e Funcional. Cada categoria contém outras subcategorias e é o enfermeiro que decide quais são as subcategorias relevantes a serem exploradas no primeiro encontro com a família, e quais aquelas que não deve investigar. A informação recolhida deve ser útil para corresponder ao objetivo da intervenção e deve centrar-se em reunir informação sobre as forças ou problemas da família (Shajani & Snell, 2019). Segundo os mesmos autores, a utilização de ferramentas como o genograma e ecomapa pode tornar-se especialmente útil na análise da estrutura da família. Através do genograma é possível perceber quem são os membros da família e qual a sua conexão; o ecomapa auxilia na avaliação das conexões significativas da família com o ambiente.

A Teoria Geral dos Sistemas aplica-se a todas as avaliações previamente referidas, uma vez que segundo Alarcão (2002) a família compõe um sistema altamente complexo, e uma alteração num elemento da família promove alteração nos restantes elementos. Esta teoria, desenvolvida inicialmente por Bertalanffy, em 1953 para a biologia, foi posteriormente aplicada às ciências humanas, constituindo um ponto de rutura com a visão reducionista e mecanicista imposta pela revolução industrial (Hammond, 2003; Thomas & Priest, 2016).

As entrevistas realizadas foram essencialmente semidiretivas, com questões abertas e fechadas, uma vez que o seu objetivo era recolher informações, mas também permitir que a criança/adolescente e família/cuidadores expressassem emoções e preocupações (Sequeira, 2016).

Também no estágio em contexto de respostas diferenciadas tive a oportunidade de acompanhar uma adolescente, desde o momento da entrevista inicial, até à alta. Nesta

situação, realço a importância do primeiro contacto. No primeiro momento de acolhimento estava acompanhada pela enfermeira tutora, mas constatei que de facto, o primeiro contacto pode ser determinante para o sucesso da relação terapêutica, tal como afirma Amaral (2020), segundo qual, a postura adotada pelo profissional na integração da pessoa no novo ambiente, promove a vinculação afetiva que está na base da relação de confiança. Neste caso, a adolescente identificou-nos sempre como as suas pessoas de referência no internamento, o que facilitou a intervenção de enfermagem *à posteriori*.

Ainda no âmbito da segunda competência do EESMP, o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (p. 21428) explana que o EESMP “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”. Neste sentido, no estágio em contexto comunitário, foi desenvolvido um projeto no âmbito da prevenção e autocontrolo da ansiedade na adolescência, em contexto de saúde escolar ([Apêndice 7](#)).

A pertinência do projeto é sustentada por dados da OMS de 2018, relativos à saúde mental dos adolescentes, que evidenciam as perturbações da ansiedade como as mais prevalentes na adolescência, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos. Simultaneamente, a mesma entidade sublinha que níveis elevados de ansiedade na adolescência, podem afetar negativamente o processo normal de desenvolvimento, o que pode também interferir com a perceção de bem-estar do jovem, e ser predecessora de depressão, tal como mencionam Oliveira & Oliveira (2020).

Simultaneamente, a OMS identifica a importância do desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença, relacionadas com o reforço da capacidade individual de regular emoções, nomeadamente ao nível das escolas e da comunidade (World Health Organization, 2020b). Esta ideia é corroborada por (Flôr et al., 2022), segundo qual, a intervenção em ambiente escolar para a promoção da literacia em saúde mental, permite promover a qualidade de vida e um desenvolvimento saudável do adolescente.

Neste sentido, o referido projeto baseou-se nos trabalhos de Morgado et al. (2021), que desenvolveram um desenho preliminar de uma intervenção psicoeducacional para o aumento da literacia dos adolescentes sobre ansiedade, em ambiente escolar. À proposta destes autores acrescentou-se o treino de relaxamento, que segundo o Regulamento dos PQCEESM da Ordem dos Enfermeiros (2015) é um método utilizado para ajudar a pessoa a atingir um estado de calma e reduzir os níveis de *stress*, ansiedade e raiva. Sampaio e colaboradores (2021) assumem o treino de relaxamento como uma das intervenções

passíveis de serem realizadas pelo EESMP, para a prevenção e tratamento da ansiedade, nomeadamente em adolescentes.

Assim, o projeto foi dirigido a alunos de duas turmas do 9^a ano de uma Escola EB 2,3, às quais foi realizada uma sessão psicoeducativa sobre Ansiedade, replicada em cada turma separadamente, seguindo-se a concretização de 8 sessões de relaxamento, realizadas entre novembro de 2023 e maio de 2024, dirigidas aos alunos que demonstrassem interesse em participar.

Durante este estágio, e devido às limitações impostas pelo tempo disponível para a sua realização, foi possível concretizar as duas sessões de psicoeducação, uma a cada turma, e duas sessões de relaxamento. Após o *terminus* do meu estágio, as restantes sessões foram continuadas pela enfermeira tutora e por uma estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Leiria, que também se encontrava a realizar estágio nesta UCC até fevereiro, e que me pôde acompanhar numa sessão de psicoeducação e em uma sessão de relaxamento.

Poder pensar, elaborar e colocar em prática este projeto permitiu-me desenvolver competências em todas as vertentes do preconizado pelo Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos enfermeiros, nomeadamente no âmbito da conceção de programas para a promoção da saúde mental na comunidade, tal como já foi parafraseado anteriormente.

Ainda no âmbito desta competência, no Estágio em contexto comunitário, em parceria com a Câmara Municipal da cidade onde foi realizado este estágio, foi dinamizada uma atividade dirigida à população sénior do conselho, designada “VII Caminhada pela Saúde Mental”. A atividade ocorreu no dia 10 de outubro, dia Mundial da Saúde Mental, e teve como objetivo principal a promoção do Envelhecimento Ativo, obtendo a participação de cerca de 100 pessoas idosas.

A atividade foi composta por quatro momentos de aproximadamente 15 minutos, correspondentes ao início da caminhada, duas paragens para descanso a meio do percurso e ao final da atividade. No primeiro momento, foi realizada uma sessão informativa sobre o Envelhecimento Ativo. Posteriormente, durante o percurso, realizou-se uma atividade de estimulação cognitiva e de interação social através da música, sendo solicitado aos participantes que cantassem músicas da sua juventude. De seguida, foi realizado um momento de alongamentos e treino de equilíbrio, dinamizado pela fisioterapeuta e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da UCC e, no final, uma atividade de relaxamento através de um momento de *Mindfulness*, sendo utilizado para o efeito, peças de fruta (maçãs e bananas) oferecidas pela Câmara Municipal.

A dinamização desta atividade foi muito benéfica para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pela participação que obtivemos das pessoas idosas presentes, e pelo *feedback* positivo que deram no final da sessão. Ter a oportunidade de promover um momento educativo sobre o que é o envelhecimento ativo e quais as estratégias que podem ser adotadas para o atingir, nomeadamente ao nível da alimentação, higiene do sono, atividade física e interação social, de promover o convívio entre os presentes e o seu bem-estar através da música e, por fim, um momento de concentração e relaxamento através do *mindfulness*, foi um excelente momento de aprendizagem e de reflexão sobre o impacto do papel do EESMP, enquanto promotor da saúde mental das populações. Este facto vai ao encontro do previsto pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual, o EESMP “Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo.” (p. 21428).

Ainda no Estágio em contexto comunitário, para dinamizar o mês de outubro, enquanto mês da saúde mental, juntamente com a colega de estágio, foi criado um “Cantinho da Saúde Mental” ([Apêndice 9](#)), no hall de entrada do centro de saúde. Este pequeno espaço era composto por um placar, onde foi fixado o laço verde, que representa a saúde mental, e três cartazes: um com menção à saúde mental enquanto direito humano universal (OPAS, 2023) ; um segundo, com estratégias para promover a saúde mental; e outro com uma *check-list* para a saúde mental, que incluía diversas questões relativas ao autocuidado, tais como “Estou a alimentar-me bem?”, “Estou a dormir o suficiente?”, “Tenho feito exercício?”, “O que estou a sentir?”, “Tenho sido bom para mim e para os outros?”, “Com quem posso conversar?”. Ao lado do placar, apoiada numa mesa, foi colocada uma caixa de estratégias para a saúde mental, com diversas frases escritas, de forma mais detalhada, em papel colorido e dobrado. O objetivo da atividade era conduzir as pessoas que entrassem no centro de saúde a parar, refletir sobre a sua saúde mental e levar consigo uma ou mais estratégias para melhorarem a sua saúde mental, o que vai ao encontro do previsto também no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

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

A terceira competência específica do EESMP, explanada no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, diz respeito à sua capacidade para ajudar a pessoa ao longo do ciclo

vital, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. Esta competência diz respeito à sistematização e análise dos dados, que permitem a determinação do diagnóstico de saúde mental, e surge diretamente interligada à competência anterior, uma vez que a análise e sistematização de dados decorre da recolha de dados e avaliação da pessoa/família/grupos/comunidade, descrita anteriormente.

A definição do diagnóstico de saúde mental da pessoa permite a “(...) identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde.” (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p. 21428). De acordo com o mesmo documento, o processo de diagnóstico exige ao EESMP pensamento crítico para a interpretação e integração dos dados recolhidos.

Este facto é corroborado pelo descrito no Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, referente aos PQCEESM, que determina que:

A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente. (p.17034)

Tendo por base a informação anteriormente descrita, durante os momentos de estágio procurei desenvolver atividades que contribuíssem para a aquisição e desenvolvimento desta competência.

Neste sentido, no estágio de Enfermagem de Saúde Mental foi desenvolvido e implementado um programa de intervenção psicoeducacional, dirigido a um jovem internado a viver um primeiro episódio psicótico e sua família/pessoas significativas. O programa, designado por Programa de Psicoeducação Unifamiliar ([Apêndice 1](#)), teve como objetivos melhorar o *insight*, promover a aceitação do estado de saúde por parte da pessoa e família, reduzir os níveis de ansiedade e *stress* percebidos pela pessoa/família na transição saúde-doença e facilitar o regresso a casa.

Meleis (2010) define transição enquanto passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudança. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido

de fluxo e movimento guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações.

Os estudos de Meleis resultaram na identificação de quatro tipos de transições: desenvolvimentais, situacionais, de saúde / doença e organizacionais. Segundo a autora, as transições não são pura ou mutuamente exclusivas, o que significa que as pessoas podem experienciar várias transições em simultâneo, tornando-se, por isso, mais vulneráveis (Meleis, 2010).

Na situação particular desta pessoa internada e família, o jovem que não tinha, até ao momento, antecedentes de saúde relevantes, viu-se confrontado com a experiência de um primeiro episódio psicótico. Este primeiro episódio pode representar um episódio isolado, ou pelo contrário, simbolizar o início de uma doença crónica, uma vez que é conhecida a tendência da psicose para a evolução prolongada, complexidade e altos índices de comorbilidade (World Health Organization, 2022). Assim, é notório que esta família, se encontrava a vivenciar um processo de transição de saúde/doença, pelo que existe necessidade de intervenção de enfermagem neste âmbito.

Meleis (2012) reconhece que a enfermagem assenta no desenvolvimento de um relacionamento cuidativo entre enfermeiros e clientes, com o objetivo de facilitar os processos de transição, a fim de atingir o bem-estar subjetivo e a mestria na resolução do problema. Transpondo o conceito para a saúde mental, este dado é corroborado pelo descrito no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual "(...) a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental." (p. 21427).

Na Unidade de Psicose existia implementado um Programa de Psicoeducação Multifamiliar, dirigido a utentes ainda internados e aos que se encontravam em processo de reabilitação no domicílio, assim como as respetivas famílias. Este programa seguia o modelo dos Grupos Psicoeducativos Multifamiliares desenvolvido por McFarlane (2002), que de acordo com Brito (2021) promove uma melhoria da adesão à terapêutica e tem impacto positivo na prevenção de recaídas. As sessões, realizadas com seis a oito famílias em conjunto, eram conduzidas por dois EESMP, que promoviam a partilha de experiências entre utentes/famílias em processo de doença ativa e utentes/famílias em processo de reabilitação. Os Grupos Psicoeducativos Multifamiliares favorecem o processo de aprendizagem por parte das pessoas doentes e suas famílias, assim como a diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade, processo facilitado pelo ambiente terapêutico estabelecido (Brito, 2021). Contudo, e apesar da taxa de sucesso obtida pela aplicação do Programa de Psicoeducação Multifamiliar na

Unidade de Psicose, esta família sempre se mostrou renitente em participar nas sessões de psicoeducação multifamiliares, segundo eles, pela dificuldade em se exporem perante outros.

Neste sentido, após realização de entrevista inicial com a pessoa internada e família, através da observação da sua linguagem não verbal e da aplicação de instrumentos de avaliação percebi, que esta família vivenciava um processo de *stress* associado ao internamento do filho, em grande parte aumentado pelo estigma associado à doença mental e que, apesar do utente estar internado há mais de um mês, os pais nunca tinham partilhado este facto com a família alargada.

Deste modo, atendendo às particularidades da família, nomeadamente a resistência a participar nas sessões multifamiliares, os seus níveis de *stress*, e recuperando os princípios da Teoria Geral dos Sistemas, segundo qual a família compõe um sistema altamente complexo, sendo que uma alteração num elemento da família promove alteração nos restantes elementos (Alarcão, 2002), a abordagem unifamiliar pareceu ser adequada. Esta decisão passou pela oportunidade de avaliar e conhecer a família enquanto sistema único, desenvolvendo um programa adequado às suas necessidades, baseado também na evidência científica, particularmente nos trabalhos de Falloon e colaboradores, iniciados na década de 80, que pressupõe uma abordagem unifamiliar (Falloon, 2003).

O Modelo de Falloon foi originalmente validado para famílias de pessoas com doença psicótica, nomeadamente com diagnóstico de esquizofrenia, e é nesse contexto clínico que tem sido mais largamente aplicado (Gonçalves-Pereira et al., 2012). Este modelo preconiza uma abordagem unifamiliar, guiada por um modelo pedagógico psicoeducativo participado, através da discussão da informação relacionada com a doença, promovendo a aquisição de competências específicas que permitam lidar com ela. Durante as sessões existe treino de competências de comunicação e resolução de problemas (Falloon, 2003, 2004; Gonçalves-Pereira et al., 2012).

A evidência aponta para que a abordagem unifamiliar conduz à redução do *stress* associado ao papel de prestador de cuidados, contudo, o autor indica que, em casos de cronicidade, possam ser encontrados também outros apoios na comunidade (Falloon, 2003).

Neste contexto, o programa desenvolvido consiste numa abordagem híbrida, que resgata orientações do Modelo de Falloon, que pressupõe uma abordagem unifamiliar, e incluiu também uma sessão de psicoeducação multifamiliar como *Follow up*, segundo o Modelo de Mcfarlane, já adotado na Unidade de Psicose. Ambos os modelos são dirigidos a pessoas com esquizofrenia e suas famílias, contudo, e considerando que a psicose, sua gestão e

consequências, fazem parte da esquizofrenia, considera-se passível de adaptar os referidos modelos à pessoa que viveu um primeiro episódio psicótico e sua família.

Assim, o Programa de Psicoeducação Unifamiliar contempla em 8 sessões, com duração entre 30-40 minutos, conforme tolerância e interesse dos participantes. As primeiras duas sessões corresponderam a sessões de avaliação inicial, uma com a pessoa internada e outra com a família, para colheita de dados e aplicação dos instrumentos de avaliação inicial (Escala de Insight de Marková e Berrios, Escala de Stresse Percecionado (10 item), Inventário de Ansiedade de Beck, indicadores de resultado para os focos de atenção *Conhecimento sobre a doença* e *Aceitação do estado de saúde*). Seguiram-se 4 sessões de psicoeducação unifamiliar, para fornecer informação sobre a psicose e estratégias de prevenção de recaídas, esclarecer dúvidas e ajudar a família a focar-se nas suas forças e recursos de forma a adaptar-se à nova realidade. Por fim, concretizou-se uma sessão final unifamiliar para aplicação de instrumentos de avaliação final (os mesmos instrumentos da avaliação inicial) e para recolher feedback oral e por escrito sobre as sessões anteriores. Planeou-se também, 1 sessão de *follow up* de psicoeducação multifamiliar, incluindo o jovem e família no projeto já existente no serviço.

As sessões unifamiliares, guiaram-se pelos princípios da intervenção familiar, cuja meta é promover a ocorrência de mudanças a nível do domínio cognitivo, afetivo ou comportamental do funcionamento da família, respeitando os princípios da circularidade da comunicação, neutralidade e formulação de hipóteses (Shajani & Snell, 2019). Townsend (2011) reforça que as intervenções familiares permitem também estabelecer uma aliança de cooperação entre os familiares e os profissionais de saúde; diminuir o *stress* e a sobrecarga, pela redução do ambiente emocional no seio familiar; incentivar a capacidade de os familiares anteverem e resolverem problemas; reduzir sentimentos de hostilidade e culpa e incentivar mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares.

Simultaneamente, no decorrer das sessões psicoeducacionais unifamiliares, houve a intenção de assistir a família a identificar e valorizar os seus pontos fortes enquanto unidade, reforçando a importância do reforço positivo mútuo. Este facto foi reconhecido e valorizado pela família no final das sessões, enquanto um dos pontos mais positivos do programa. Este dado vai ao encontro do previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, pois de acordo com o mesmo, o EESMP promove e reforça as capacidades das famílias, e contribui para a "(...) integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social" (p. 21429).

Durante o estágio pude concretizar 7 sessões. A última sessão prevista, designada como *Follow up*, não foi realizada, pois previa-se ser feita após a alta da pessoa internada, e devido às limitações de tempo associadas ao plano curricular do estágio, tal não foi possível.

Como forma a colher dados e perceber o impacto que as sessões psicoeducacionais tiveram na saúde mental da pessoa e família, foram aplicados instrumentos de avaliação inicial e final, tal como já foi exposto anteriormente. Foi também recolhido por o *feedback* a cada sessão e no final, foi solicitado uma avaliação por escrito. A necessidade de avaliar o impacto e eficácia das intervenções de enfermagem desenvolvidas vai ao encontro do previsto no Regulamento dos PQCEESM “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, recorrendo à “avaliação da satisfação dos clientes relativamente aos cuidados especializados em saúde mental” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17035). Por sua vez, o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros consigna que o EESMP “Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental” (p. 21429).

Neste caso, no que diz respeito à pessoa internada, houve ganhos a nível do *insight*, dos conhecimentos sobre a doença e da aceitação do estado de saúde. Por outro lado, os níveis de *stress* percecionado e de ansiedade subiram ligeiramente. Poderá a perceção de *stress* aumentada dever-se ao facto de o utente ter mais consciência da doença? Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *stress* corresponde ao sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Concomitantemente, a perceção de *stress* ocorrerá apenas quando uma situação é avaliada como ameaçadora ou exigente e o sujeito dispõe de poucos recursos para lidar com esse desafio (Trigo et al., 2010).

No que diz respeito à ansiedade da pessoa internada, pode pensar-se que um score de ansiedade superior na avaliação final relativamente à avaliação inicial, se correlaciona também com o nível de *insight* ser superior, isto é, o facto do jovem ter uma maior consciência da doença, permite-lhe interpretar a doença enquanto fator ameaçador e indutor de *stress* e ansiedade, entendida enquanto emoção negativa, composta por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2019a).

Relativamente à família, na avaliação final do programa obtiveram ganhos ao nível dos conhecimentos sobre a doença, aceitação do estado de saúde do filho e diminuíram os níveis de *stress* percecionado e de ansiedade.

Considera-se que os resultados obtidos com o Programa de Psicoeducação Unifamiliar foram muito positivos, o que remete para o facto de

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. (Regulamento n.º 515/2018, p.21427).

O treino na utilização de indicadores de resultado e de instrumentos de avaliação psicométrica foi benéfica enquanto futura EESMP, uma vez que a sua aplicação é útil para a avaliação inicial da condição de saúde mental da pessoa, para a avaliação da eficácia das intervenções de ESMP implementadas, mas também para a monitorização da evolução da condição clínica da pessoa e adequação das intervenções de ESMP mais ajustadas, assim como para a definição dos resultados esperados, facto corroborado pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, já parafraseado anteriormente.

A conceção deste programa enquadra-se assim, na terceira competência do EESMP prevista no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que após a colheita de dados inicial, pode determinar o diagnóstico de saúde mental do utente e família e, desta forma, ir ao encontro das necessidades da família, através da adoção do modelo psicoeducativo que mais se adequava a si, tal como mencionado no referido documento. O mesmo regulamento consigna que o EESMP “Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental” e “Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar” (p. 21429).

Simultaneamente, o desenvolvimento deste Programa de Psicoeducação cumpre o previsto no Regulamento dos PQCEESM, ao nível da redução do estigma e da inclusão social. Segundo este documento, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESMP promove a “capacitação da comunidade e família para o respeito e integração da pessoa diferente” (Regulamento n.º 356/2015, p. 17038), facto que se concretizou com esta família, pois se no início do Programa, quando o utente ia a casa ao fim de semana, a família passava os dias numa casa de campo, sem se relacionar com ninguém, no final do mesmo, já davam passeios na vila e deslocavam-se à praia em família.

Também nos estágios seguintes, nomeadamente no Estágio em contexto comunitário e em contexto de respostas diferenciadas, pude desenvolver esta competência, através da

elaboração de um Plano de Intervenção dirigido à pessoa com PNC major e sua cuidadora ([Apêndice 8](#)), na comunidade, e um Plano de intervenção dirigido a uma adolescente internada no serviço de pedopsiquiatria ([Apêndice 10](#)). Em ambas as situações, os planos de intervenção, com a determinação do diagnóstico de saúde mental de cada pessoa/família, assim como a identificação dos resultados esperados com a intervenção, resultaram da análise crítica e sistematização dos dados recolhidos através da entrevista clínica, observação e exame do estado mental.

Em suma, a elaboração do Programa de Psicoeducação Unifamiliar e dos Planos de Intervenção anteriormente referidos, corroboram o previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual, o EESMP “Elabora e supervisiona os programas/planos individualizados de tratamento/ reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias” (p. 21429).

Os planos de cuidados/intervenção foram elaborados seguindo os sistemas de taxionomia preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), cumprindo o previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

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

A quarta e última competência do EESMP, definida pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, corresponde à implementação das “intervenções identificadas no plano de cuidados elaborado, de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida” (p. 21430). Para tal, o EESMP mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, com o objetivo de “ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21430).

O mesmo Regulamento salienta que são as competências de âmbito psicoterapêutico que distinguem o EESMP, pois tal como reforçam Sequeira & Sampaio (2020), o que diferencia um enfermeiro de cuidados gerais de um enfermeiro especialista em ESMP reside no facto deste último ter competências para prescrever, planear, executar e avaliar intervenções

psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas, a Ordem dos Enfermeiros (2023) indica que na literatura é frequente o conceito de intervenção psicoterapêutica ser sobreponível ao de psicoterapia, apesar de serem conceitos distintos.

Sequeira & Sampaio (2020) esclarecem que a psicoterapia corresponde a um processo assente num modelo teórico específico, tal como o cognitivo, comportamental, humanista ou psicodinâmico, por exemplo, cujo objetivo consiste na mudança de cognições, emoções e comportamentos. Para os mesmos autores, as intervenções psicoterapêuticas partilham com a psicoterapia o objetivo, mas distinguem-se desta por não se organizarem necessariamente em torno de um determinado referencial teórico.

A clarificação e distinção entre os dois conceitos é entendida pela Ordem dos Enfermeiros (2023) como um passo importante na definição concetual e delimitação da ação do EESMP no domínio da intervenção psicoterapêutica.

Nos seus trabalhos para clarificar a prática de intervenções psicoterapêuticas por parte dos enfermeiros e apoiados no Regulamento n.º 365/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Sampaio et al. (2016) remetem para o conceito de intervenção psicoterapêutica enquanto

um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o utente, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. (p.12)

A Ordem dos Enfermeiros (2023) pressupõe que a intervenção psicoterapêutica seja realizada por um EESMP, de forma estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, sendo baseada em um ou mais referenciais teóricos de Psicoterapia. De acordo com o mesmo autor, a intervenção psicoterapêutica deve decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e o utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si. Deve ser executada entre três a doze sessões e ser baseada na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente. A Ordem dos Enfermeiros (2023) complementa ainda que as intervenções psicoterapêuticas devem ter como objetivo a “mudança ou a diminuição de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente” (p. 15).

Sequeira & Sampaio (2020) sublinham, que no caso específico da Enfermagem de Saúde Mental, as intervenções psicoterapêuticas passíveis de serem realizadas por enfermeiros estão descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Bulechek et al., 2010).

Tendo por base o anteriormente descrito, durante esta experiência de aprendizagem foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas no âmbito do Plano de Intervenção à pessoa com PNC major e sua cuidadora ([Apêndice 8](#)), decorrentes dos diagnósticos de enfermagem *Cognição comprometida* e *Stress do prestador de cuidados*, que por sua vez resultaram da colheita de dados e avaliação inicial já anteriormente descrita.

Deste modo, ao nível do diagnóstico *Cognição comprometida* foi implementada a intervenção “Estimulação Cognitiva” dirigida ao utente, ao longo de 6 sessões, recorrendo aos sentidos do tato (manuseamento de materiais de diferentes texturas, formas e temperaturas), olfato (estimular o olfato através de cheirar diferentes objetos, como flores ou peças de fruta) e audição (através da manipulação de caixas metálicas com diferentes sons, para que pudesse identificar a diferença). A cuidadora foi também instruída a utilizar a música como fator de estimulação cognitiva (30 min. por dia, colocar músicas de acordo com as preferências do utente, prévias à doença). De acordo com a CIPE, a cognição representa um processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória e, que no caso do utente se encontrava comprometida devido ao processo de demência vivenciado (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No âmbito do diagnóstico *Stress do prestador de cuidados*, as intervenções foram dirigidas à cuidadora, nomeadamente a intervenção “Escuta Ativa”, permitindo a expressão de emoções por parte da mesma, mas também explorar com a cuidadora estratégias para lidar com o *stress*. Esta intervenção corrobora o previsto no Regulamento n.º 515/2018, segundo qual o EESMP “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (p. 21430). De acordo com Sequeira (2016), a “Escuta Ativa” consiste não só em ouvir, mas também escutar, prestar atenção, atribuir significado e dar *feedback* ao outro, exigindo interesse e disponibilidade para a partilha. Coelho & Sequeira (2020) complementam que a Escuta Ativa representa uma intervenção de Enfermagem que permite compreender as necessidades do utente através de uma atitude de interesse, respeito e aceitação incondicional.

A intervenção deve ser realizada num ambiente isento de ruído e garantindo a privacidade da pessoa, devendo ser utilizada sempre que o utente manifeste interesse em partilhar um problema ou expressar uma ou mais emoções (Sequeira, 2016), o que corresponde às

necessidades manifestadas por esta cuidadora, que apesar de ser detentora de informação adequada sobre a doença do marido e sobre estratégias de autocuidado, se encontrava a vivenciar um momento de sobrecarga e ambivalência, entre a necessidade de ter tempo para si e a vontade de cuidar do marido. Na realização da intervenção foram respeitados os princípios previstos pelo autor.

A avaliação da eficácia das intervenções implementadas foi efetuada através dos indicadores de resultado para *Cognição* e *Stress prestador de cuidados*, explanados na Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (Moorhead et al., 2010).

Por sua vez, também no estágio em contexto de respostas diferenciadas, integradas no Plano de Intervenção dirigido a uma adolescente internada num serviço de pedopsiquiatria devido a ideação suicida ([Apêndice 10](#)) foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas decursivas dos diagnósticos de enfermagem *Autocontrolo de Ansiedade comprometido* e *Risco de Auto-agressão*. A construção deste plano de intervenção implicou primeiramente, avaliação e identificação dos problemas e necessidades da pessoa, recorrendo à técnica de entrevista, construção de genograma e ecomapa, exame do estado mental, aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica (Escala de Autoestima de Rosenberg e KidCOPE - versão para adolescentes, um instrumento para avaliação de Estratégias de *Coping*) e indicadores de resultado. Com a informação recolhida foi possível proceder à elaboração do plano de cuidados, implementação e avaliação de intervenções especializadas realizadas, tal como previsto no Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual a avaliação em enfermagem de saúde mental implica a síntese da informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento e análise de outros dados disponíveis, constituindo a base da construção do diagnóstico de enfermagem.

A seleção destes instrumentos relacionou-se com a necessidade de aceder a características pessoais da adolescente, como o seu nível de autoestima, que de acordo com Sowislo & Orth (2013) se correlacionam com a depressão e a ansiedade, sendo que baixos níveis de autoestima podem ser preditores de ansiedade e depressão. Também o instrumento de avaliação de estratégias de *coping* (KidCOPE - versão para adolescentes) permitiu avaliar durante a entrevista, quais as estratégias de *coping* adotadas pela adolescente em momentos de maior *stress*, facilitando assim a intervenção posterior, nomeadamente assistir a utente na utilização de estratégias de *coping* mais adaptativas, o que está de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, segundo qual o EESMP “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental” (p. 21430).

Neste sentido, a intervenção desenvolvida com esta adolescente assentou primeiramente numa intervenção psicoeducativa sobre a Ansiedade e estratégias de Autocontrolo, o que permitiu posteriormente, assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade e ensinar e treinar estratégias de autocontrolo e técnicas de relaxamento. Este facto corrobora o previsto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que prevê que o EESMP “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, assim como desenvolve “(...) educação e treino em saúde mental (...)” (p. 21430).

Mencionando as intervenções psicoeducacionais, estas preveem o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Dochterman e Bulechek, 2008, referenciados por Amaral et al., 2020). A psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar a pessoa/família/grupo de conhecimentos relativos ao problema/doença, assim como uma componente de suporte emocional, abordando a gestão de emoções e expectativas, entre outros (Santos et al., 2011).

Ainda no âmbito da quarta competência do EESMP, o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros menciona que o EESMP “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”, assim como “Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares (...)” (p. 21430). Este facto remete para o desenvolvimento do Programa de Psicoeducação Unifamiliar ([Apêndice 1](#)), descrito no ponto anterior, que dá resposta à capacidade para prestar cuidados sócio terapêuticos previstos no mesmo regulamento. Tal como anteriormente descrito, o desenvolvimento deste programa teve como objetivos melhorar o *insight*, promover a aceitação do estado de saúde por parte da pessoa e família, reduzir os níveis de ansiedade e *stress* percecionados pela pessoa/família na transição saúde-doença e facilitar o regresso a casa, pelo que a intervenção desenvolvida e previamente descrita decorreu da identificação dos diagnósticos de enfermagem *Aceitação do estado de saúde comprometida*, *Ansiedade* e *Stress*. Para atingir os objetivos propostos foram desenvolvidas 4 sessões psicoeducacionais, sendo primeiramente introduzido o conceito saúde/doença mental (O que é saúde mental, dados epidemiológicos OMS, DGS, contextualização histórica da doença mental), conceito de psicose (O que é; como se manifesta - sinais, sintomas, fisiologia da doença de forma breve e simples), possibilidades de curso da doença, estratégias de minimização da progressão da doença, nomeadamente adesão ao regime terapêutico e promoção de um ambiente familiar favorável (técnicas de comunicação assertiva, reforço positivo, evitar o criticismo, controlo

excessivo). Em todas as sessões foi promovida a comunicação circular entre os membros da família e estimulada a partilha de emoções.

Deste modo, a conceção e desenvolvimento deste programa contribuiu para a minha construção enquanto pessoa e enquanto futura EESMP, facilitando a aquisição desta competência, uma vez que, acrescentando a tudo o que já foi mencionado, o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros refere que o EESMP “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente” e “Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições.” (p. 21430).

No contexto das intervenções psicoeducacionais, também no Estágio em contexto comunitário foram desenvolvidas sessões sobre ansiedade dirigidas aos adolescentes, no âmbito do Projeto para a prevenção e autocontrolo da ansiedade na adolescência ([Apêndice 7](#)). As sessões incluíram a apresentação do conceito de ansiedade, tipos de ansiedade, sinais, sintomas e sugestões de estratégias de gestão e regulação de ansiedade. A decisão sobre os temas a incluir nas sessões baseou-se nos trabalhos de Morgado et al. (2021), que desenvolveram uma investigação de âmbito qualitativo com alunos do 9º ano, na faixa etária dos 14 anos, propondo o desenho preliminar de uma intervenção psicoeducacional para o aumento da literacia dos adolescentes sobre ansiedade, cujo objetivo seria capacitar os adolescentes para o acesso, a compreensão e a utilização de informação útil que os ajude na prevenção, no reconhecimento e na gestão da ansiedade.

Durante cada sessão, foi permitida e incentivada a partilha de experiências e vivências por parte dos adolescentes. Esta sessão foi também reproduzida durante o estágio em contexto de respostas diferenciadas, para um grupo de adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria. O conteúdo da sessão manteve-se, embora de forma menos explorada, uma vez que, o tempo disponível para a sua realização foi menor.

Ainda no âmbito dos cuidados psicoterapêuticos e desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, foram também desenvolvidas sessões de relaxamento, enquadradas em todos os contextos de estágio e como resposta às necessidades de cada utente/grupo.

De acordo com Bulechek et al. (2010), a técnica de relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, na qual são utilizadas técnicas para incentivar e provocar relaxamento, que de acordo com os mesmos autores, esta intervenção tem como objetivo diminuir sinais e sintomas indesejáveis, tais como a dor, a tensão muscular ou ansiedade. Payne e colaboradores (2003), referenciados por Ordem dos Enfermeiros (2023), consignam

que o relaxamento envolve uma dimensão física e mental, correspondendo a um estado de consciência composto por sensações agradáveis e ausência de pensamentos perturbadores ou geradores de stress.

Durante este percurso de aprendizagem tive a oportunidade de realizar 5 sessões de relaxamento, todas seguindo a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, cuja evidência científica aponta para que produza efeitos positivos na redução dos sintomas de ansiedade, assim como na melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde, tal como concluíram Bezerra et al. (2020), através de uma revisão integrativa da literatura.

Esta técnica consiste em aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, visando aprender a contrastar as sensações associadas a estes dois estados (Payne et al., 2003, referenciados por Ordem dos Enfermeiros, 2023). Existem critérios de exclusão na seleção dos participantes, que de acordo com Ordem dos Enfermeiros (2023), são a existência de debilidade intelectual ou défice cognitivo grave, agitação psicomotora, estado confusional ou acuidade auditiva reduzida.

No estágio em Enfermagem de Saúde Mental e no estágio em contexto de respostas diferenciadas, utilizei a minha voz na condução das sessões. No estágio em contexto comunitário, nas sessões de relaxamento incluídas no projeto para a prevenção e autocontrolo da ansiedade na adolescência, foi utilizado um guião de relaxamento muscular, em versão áudio, da APP 29K da Fundação José Neves (Fundação José Neves, 2023). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), os guiões áudio devem ser evitados, contudo, uma vez que não teria oportunidade de realizar todas as sessões de relaxamento previstas, considerou-se que a uniformização das sessões, através da reprodução continuada do mesmo guião, com a mesma voz, seria um passo importante para a capacitação dos adolescentes na utilização autónoma desta técnica de relaxamento, já que poderiam até ouvi-lo em casa.

A primeira sessão decorreu no estágio em Enfermagem de Saúde Mental, na Unidade de Psicose, e foi dirigida a um grupo de 3 pessoas internadas, respeitando os critérios de inclusão/exclusão dos participantes. Neste grupo estava incluído o meu utente de referência, com quem tinha desenvolvido a Programa de Psicoeducação Unifamiliar abordado previamente e que apresentava diagnóstico de enfermagem de *Ansiedade*.

No estágio em contexto de respostas diferenciadas, num serviço de pedopsiquiatria, pude desenvolver uma sessão de relaxamento dirigida a três adolescentes internados, no âmbito na diminuição dos níveis de ansiedade, e uma sessão de relaxamento dirigida a uma

adolescente internada em contexto de Perturbação do Comportamento Alimentar, que manifestava sinais de ansiedade associados ao momento da refeição. Esta sessão foi desenvolvida antes do almoço, para que os efeitos do relaxamento pudessem facilitar a vivência do momento da refeição.

Durante as sessões foram cumpridos os princípios previstos pela Ordem dos Enfermeiros (2023) no Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção Psicoterapêutica, segundo qual, no final de cada sessão deve ser promovido um momento para que os participantes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada e solicitar a avaliação da sessão.

As sessões de relaxamento desenvolvidas foram determinantes na minha construção pessoal e profissional, nomeadamente para adquirir mais confiança e à vontade na execução desta intervenção psicoterapêutica. Refletindo sobre esta experiência concluo que, se na primeira sessão realizada me deparei com algumas dificuldades, nomeadamente associadas ao ritmo com lia o guião, penso que por estar condicionada pela inexperiência, nas sessões seguintes aprendi a confiar em mim e na capacidade de observação da resposta dos participantes, sendo capaz de adequar o ritmo das palavras ao seu estado de relaxamento. Para este crescimento pessoal e profissional em muito contribuiu os momentos de reflexão com os enfermeiros tutores que me acompanharam neste percurso.

Por tudo o que foi descrito é possível afirmar que, e parafraseando o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (...)”. Neste sentido, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da ESMP, penso que fui capaz de trazer ganhos em saúde mental e em bem-estar para as pessoas/famílias/grupos que acompanhei, e concomitantemente, sinto que cresci pessoal e profissionalmente com todos eles também.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções em Enfermagem de Saúde Mental para Capacitação do Adolescente no Autocontrolo da Ansiedade

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A adolescência corresponde a um importante período do desenvolvimento humano (Sprinthall & Collins, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a adolescência enquanto o período que medeia a infância e a idade adulta, compreendido entre os 10 e os 19 anos, correspondendo à segunda década de vida (World Health Organization, 2024).

Historicamente, a adolescência nem sempre foi reconhecida, apesar das componentes fisiológicas e psicológicas estarem presentes em cada pessoa jovem, independentemente dos períodos históricos e culturais em que se encontrava (Sprinthall & Collins, 2011). A adolescência foi descrita pela primeira vez por G. Stanley Hall, na viragem do século XX, enquanto uma importante etapa do desenvolvimento humano e como campo de estudo com legitimidade própria, que assim permaneceu até à atualidade. Inúmeros teóricos da área da psicologia e desenvolvimento se seguiram a Hall, com contributos importantes para compreender a adolescência nas diferentes vertentes do desenvolvimento, como o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento moral, por Piaget e Kohlberg, respetivamente (Tetzchner, 2019). Freud também deu o seu contributo, evidenciando a adolescência enquanto um período turbulento e difícil (Sprinthall & Collins, 2011).

Erikson explica a adolescência enquanto processo de desenvolvimento contínuo, que resulta da articulação de fatores biológicos, sociais e individuais, sob a influência dos fatores culturais, que conduzem o adolescente a um período de crise, designado por Identidade *versus* Confusão de papéis. Para o autor, a crise de identidade representa a tarefa mais importante da adolescência e decorre das transformações físicas, psicológicas e da necessidade de encontrar um papel social. Neste contexto, as influências do ambiente e das relações sociais desempenham um papel importante na formação da personalidade do adolescente (Leite & Silva, 2019; Sprinthall & Collins, 2011).

A adolescência pode também ser percebida enquanto um período de transição desenvolvimental, tal como menciona Meleis (2010) na sua Teoria das Transições. Para Meleis (2010), uma transição envolve mudança e requer que o indivíduo a incorpore no novo modo de viver e redefina o modo de ser e de estar. Especificamente, segundo a autora, o período de transição entre a infância e a adolescência pode associar-se a potenciais problemas de saúde física, associados à adoção de comportamentos de risco e problemas de saúde mental, em muito relacionados com a formação da identidade, caso o adolescente não consiga adaptar-se às mudanças vivenciadas.

Os contributos teóricos no decorrer das últimas décadas permitiram assim perceber a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento humano, caracterizada por um rápido crescimento físico, cognitivo e psicológico e durante a qual são desenvolvidos conhecimentos

e competências sócio-emocionais que contribuirão para que o adolescente possa assumir diferentes papéis na idade adulta (World Health Organization, 2024). Todas as mudanças rápidas e significativas que acontecem na segunda década de vida implicam também mudanças nos papéis sociais assumidos pelo adolescente, ao nível das relações familiares e com o grupo de pares, na exploração da identidade, nomeadamente a identidade de género. Acrescenta-se a pressão exercida pelos *media* e o contexto socioeconómico desfavorecido, que em conjunto podem precipitar a ocorrência de problemas de saúde mental no adolescente, pela situação de vulnerabilidade em que o colocam e, quando não tratados, podem perpetuar-se e contribuir significativamente para a carga global de doenças na idade adulta (Brooks et al., 2021; I. Garcia & O’Neil, 2021; World Health Organization, 2021b). A estes dados acresce o impacto grave que a pandemia de COVID-19 teve no bem-estar dos jovens, colocando-os em risco acrescido de suicídio, consumo de substâncias, e está particularmente associada à depressão e à ansiedade em grupos de adolescentes (Nearchou et al., 2020; World Health Organization, 2020a).

Nesse sentido, dados recentes apontam para que mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes experienciem problemas de saúde mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos (World Health Organization, 2021b).

A ansiedade representa uma emoção caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, traduzida por sintomas somáticos de tensão, como o aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e da contração muscular. É, também, entendida como um sinal de alerta para um perigo iminente, que conduz a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça (APA, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016). A ansiedade corresponde a uma resposta de adaptação, que ocorre em todas as idades, sendo necessária à autopreservação. No entanto, pode ser compreendida como uma experiência não adaptativa, quando a duração e a intensidade dos sintomas interferem com funcionamento normal do indivíduo (Ströhle et al., 2018).

Níveis elevados de ansiedade na adolescência podem afetar o processo normal de desenvolvimento, nomeadamente a nível social, uma vez que se relacionam com o aumento do absentismo escolar, pior desempenho académico, dificuldades na relação com os pares, isolamento, aumento dos comportamentos de risco e estigma (Sapthiang et al., 2018; World Health Organization, 2021b). Estes problemas afetam frequentemente o potencial para viver uma vida plena e produtiva. Por outro lado, a prevalência dos sintomas de ansiedade pode interferir também com a perceção de bem-estar do jovem e ser predecessora de depressão (Oliveira & Oliveira, 2020).

Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida recentemente por Radez et al. (2021), os autores identificam que na adolescência existem inúmeras barreiras à procura de ajuda de um profissional de saúde capacitado, nomeadamente fatores de ordem pessoal, como baixa literacia em saúde mental, que dificulta o reconhecimento de sintomas e desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis, e fatores de ordem social, como o estigma e a vergonha de procurar ajuda.

Dias (2020) sublinha que, a aposta na promoção da saúde mental na infância e adolescência permite obter ganhos em saúde com grande eficiência, uma vez que as dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes são mais facilmente mobilizáveis e tratáveis do que no adulto, evitando-se, desta forma, a cristalização de sintomas e o desenvolvimento de patologia mental na idade adulta.

Em 2020, a OMS publicou *Guidelines* para intervenções de promoção de saúde mental positiva e redução de problemas de saúde mental, para adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, que fornecem recomendações baseadas em evidência, sobre intervenções que podem ser realizadas individualmente, em grupo ou aos seus prestadores de cuidados e famílias. Do ponto de vista geral, as intervenções podem centrar-se na escola, contextos de cuidados de saúde, comunidades ou através de plataformas digitais. Uma série de pessoas, como professores, profissionais de saúde, trabalhadores comunitários, trabalhadores leigos e pares podem realizar as intervenções, pensando nos diferentes contextos humanitários possíveis (World Health Organization, 2020a).

Segundo o mesmo documento, todos os adolescentes devem beneficiar de intervenções psicossociais de carácter universal. Estas intervenções previnem e reduzem diversos problemas de saúde mental, como a ansiedade, e devem incluir aprendizagem de componentes como regulação emocional, resolução de problemas, competências interpessoais, *mindfulness*, assertividade e gestão do *stress*.

As *Guidelines* indicam ainda que, em adolescentes que manifestem sintomas de ansiedade e depressão, a abordagem possa ser ocorrer através de intervenções em grupo, baseadas na Terapia cognitivo-comportamental. Apesar do nível de evidência para esta recomendação não ser robusta, a OMS assume-a fortemente, pois considera que o benefício da intervenção precoce quando já existe presença de sintomas de ansiedade e depressão é superior a qualquer risco que daí possa advir, e a mesma é crucial para prevenir a progressão dos problemas de saúde mental e otimizar a saúde e as trajetórias de vida do adolescente (World Health Organization, 2020a).

No que concerne ao ambiente onde as intervenções são realizadas, a OMS sugere que as intervenções sejam realizadas em ambiente escolar podem ser mais fáceis de implementar e

menos suscetíveis de causar estigmatização, em comparação com as intervenções que requerem rastreio em unidades de saúde, por exemplo. Quando realizadas nas escolas, as intervenções podem ter um maior alcance, abrangendo um maior número de adolescentes e abordando diferentes temáticas, no âmbito da promoção da saúde mental (World Health Organization, 2020a).

As crianças e adolescentes passam grande parte do seu dia na escola, pelo que esta representa um meio facilitador para a implementação de intervenções no âmbito da promoção da saúde mental, ao invés do contexto clínico (Fazel et al., 2014; McGovern et al., 2019). Na escola, crianças e adolescentes desenvolvem relações com os pares e adultos, obtêm progresso cognitivo, desenvolvimento emocional, moral e físico, áreas que, de forma recíproca, afetam e são afetadas pela saúde mental (Fazel et al., 2014). Os mesmos autores mencionam que os serviços de saúde mental incorporados aos sistemas escolares podem criar um *continuum* de cuidados integrativos, que melhoram a saúde mental e o desempenho educacional das crianças e adolescentes, existindo justificações éticas e científicas para a integração da saúde mental na educação: a integração democratiza o acesso aos serviços de saúde e, se combinada com a utilização de práticas baseadas na evidência, pode promover o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

Brooks et al. (2021) sublinham que a intervenção precoce através da promoção da literacia em saúde mental pode representar também, uma estratégia eficaz na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em adolescentes. Este dado é corroborado por Freijan et al. (2021), que numa revisão sistemática da literatura perceberam que intervenções psicoeducacionais têm efeitos positivos a longo prazo no aumento da literacia em saúde. Sampaio et al. (2022) argumentam que intervenções para o aumento de literacia em saúde em adolescentes poderiam ser executadas em escolas por EESMP, uma vez que são especialistas em saúde mental e possuem conhecimentos inerentes às questões de saúde mental (não só sobre perturbações mentais, mas também sobre como promover a saúde mental). Segundo os mesmos autores, estes profissionais poderiam também dar formação em saúde mental aos professores, para que estes possam identificar proativamente problemas de saúde mental, constituir um recurso de primeiros socorros em saúde mental para os alunos, e/ou encaminhá-los para especialistas em saúde mental.

Reich et al. (2022) salientam também o papel dos EESMP na implementação de intervenções promotoras de saúde mental, nomeadamente o *mindfulness*, pelo contacto próximo com a população. Num artigo de discussão sobre a eficácia das intervenções baseadas em *mindfulness* para a promoção de saúde mental em adolescentes, realizadas em escolas, Saphiang et al. (2018) obtiveram resultados positivos, apesar de argumentarem ser necessário o aumento de investigação nesta área.

Apesar da adolescência ser um período de vulnerabilidade em termos de saúde mental, é um período determinante para o desenvolvimento de hábitos e competências sociais e emocionais, decisivos para o bem-estar e saúde mental na vida adulta. A OMS estabelece que esta é uma idade propícia para a implementação de hábitos de exercício físico regular, desenvolvimento de estratégias de *coping*, resolução de problemas, assim como a capacidade de reconhecer e gerir emoções, dados corroborados pela Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget, uma vez que o desenvolvimento do pensamento abstrato na adolescência sugere a existência de uma grande plasticidade, pois o adolescente é capaz de raciocinar sobre a realidade e outras possibilidades, competência que permite adquirir novas formas de pensar e de se comportar (Sprinthall & Collins, 2011; World Health Organization, 2021b).

Nesse sentido, a capacitação ou *empowerment* representa um foco de atenção na promoção da saúde, consistindo num processo através do qual as pessoas, e neste caso os adolescentes, podem adquirir um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O *empowerment* pode conseguir-se de forma efetiva através da educação, na qual o indivíduo desempenha um papel ativo e fundamental para aceitar e lidar com a natureza da sua doença ou, neste caso, dificuldade de saúde mental, podendo ser eficaz para melhorar a utilização estratégias de *coping* e na diminuição do *stress*, ansiedade e depressão em adolescentes (Heidari et al., 2007 referenciado por Setoodeh et al., 2023).

O autocontrolo é um tipo de vontade, na qual são tomadas disposições para cuidar do que é necessário para se manter, tratando-se da capacidade de controlar e gerir emoções, de forma a manter o domínio das reações (ICN, 2019b; Sampaio et al., 2020). O autocontrolo da ansiedade, sendo esta uma emoção, é um aspeto crucial do desenvolvimento pessoal, que capacita a pessoa para agir em grupo e atingir melhores resultados na sua comunicação e, por conseguinte, nas suas relações pessoais, podendo ser aplicado em diferentes faixas etárias (Freitas & Mendes, 2020).

Trazendo a temática para o contexto prático, durante a realização dos estágios foi perceptível que o diagnóstico de enfermagem *Ansiedade* era um denominador comum e estava presente na maioria das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, quer em contexto comunitário, como em contexto hospitalar e de cuidados diferenciados, transversal ao longo de todas as faixas etárias.

Percebendo a prevalência desta condição na adolescência, demonstrada pelos dados epidemiológicos recentes e a necessidade premente de a prevenir, é importante compreender qual o contributo do EESMP para a vivência saudável da transição de desenvolvimento que a

adolescência representa. Olhar o processo de cuidar sob o paradigma das Teorias das Transições confere conteúdo e sentido à missão dos enfermeiros, uma vez que são profissionais capacitados para facilitar a vivência dos processos de transição (Chick & Meleis, 1986), nomeadamente o EESMP, cuja intervenção é centrada nas respostas humanas desajustadas aos processos de transição (Regulamento n.º 515/2018, da Ordem dos Enfermeiros).

Segundo a legislação em vigor, nomeadamente o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, referente às Competências Específicas do EESMP, é também necessário que o EESMP desenvolva uma prática baseada na evidência, integrando de modo contínuo as novas descobertas da investigação na sua prática, participando em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Assim, e considerando o exposto anteriormente, este estudo tem como **objetivo geral** mapear as intervenções de enfermagem de saúde mental implementadas para a capacitação dos adolescentes no autocontrolo da ansiedade, através de uma *scoping review*.

Definiram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Identificar intervenções de enfermagem de saúde mental desenvolvidas para capacitar os adolescentes no autocontrolo da ansiedade;
- Compreender as características dessas intervenções;
- Conhecer os contextos em que as intervenções foram desenvolvidas.

2. METODOLOGIA

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

Após uma análise inicial nas bases de dados OSF e PROSPERO foram encontradas revisões de literatura no âmbito das intervenções utilizadas para o tratamento da ansiedade enquanto perturbação, mas percebeu-se a escassez de revisões sobre intervenções realizadas num âmbito preventivo, de capacitação do adolescente para autocontrolo da ansiedade enquanto emoção, prevenindo assim o desenvolvimento de um quadro patológico.

Nesse sentido, a realização desta *Scoping Review* pretende mapear quais as intervenções de enfermagem de saúde mental desenvolvidas para capacitar o adolescente no autocontrolo da ansiedade, enquanto emoção, no sentido de prevenir o desenvolvimento de doença mental durante a adolescência e na vida adulta (World Health Organization, 2021b).

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

2.1 QUESTÃO DE REVISÃO

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

Tabela 1

Estratégia para a definição da questão de Investigação (PCC)

P: População	C: Conceito	C: Contexto
Adolescentes, segundo critérios da OMS	Intervenções de enfermagem de saúde mental; Autocontrolo da ansiedade; Capacitação	Qualquer contexto em que sejam realizadas intervenções (comunitário, escolar, outros).

Integrando a estratégia apresentada, a questão de revisão é “*Quais as intervenções em enfermagem de saúde mental para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade?*” da qual derivam as questões secundárias:

- *Quais as características (tipo, duração, conteúdo, entre outras) das intervenções de enfermagem de saúde mental implementadas?*
- *Em que contextos foram desenvolvidas (contexto comunitário, escolar, outros)?*

2.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Seguindo as recomendações da *Joana Briggs Institute* (2024), a pesquisa foi realizada em três etapas. Numa fase inicial, respeitando a estratégia PCC anteriormente definida, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCO), por forma a encontrar os termos a incluir na expressão de pesquisa, através da identificação das palavras-chave utilizadas com maior frequência, bem como os termos de indexação utilizados na literatura (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/Medical Subject Headings - MESH). A pesquisa foi realizada recorrendo aos operadores booleanos “AND” e “OR” e utilizou-se o truncador * para incluir todas as variações das palavras *Adolescent*, *Teenagers*, *Nurse* e *Empowerment*.

Com base nesta pesquisa foi elaborado um mapa de conceitos, apresentado na tabela que se segue.

Tabela 2

Mapa de conceitos

	Termos de linguagem natural	Termos MESH	CINAHL Subject Headings
P	<i>Adolescent, Adolescents, Adolescence, teen, teenagers, young, youth</i>	<i>Adolescent</i>	<i>Adolescence</i>
C	<i>Nurse, Nursing, Nurses, Anxiety, Anxiety management, Anxiety prevention, empowerment</i>	<i>Nurses, Nursing Care, Anxiety, empowerment</i>	<i>Nurses, Nursing Care, Nursing interventions, Anxiety, empowerment</i>
C	Qualquer contexto		

Na segunda fase, combinaram-se as palavras-chave listadas e os termos naturais formando uma expressão de pesquisa, que foi adaptada às especificidades de cada base de dados, apresentada na tabela 3.

Nesta etapa, foram utilizadas as bases de dados Medline (via Pubmed), CINAHL Complete (via EBSCOhost), Academic Search Complete (via EBSCOhost) e Web of Science.

Tabela 3

Expressão de pesquisa

Base de dados	Expressão de pesquisa	Nº artigos
MEDLINE	(((adolesc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR young[Title/Abstract] OR youth[Title/Abstract]) OR (adolescent[MeSH Terms])) AND (((nurs*[Title/Abstract] OR nursing intervention[Title/Abstract] OR nursing care[Title/Abstract] OR (nurses[MeSH Terms])) OR (nursing care[MeSH Terms]))) AND ((anxiety[Title/Abstract] OR anxiety management[Title/Abstract] OR anxiety prevention[Title/Abstract] OR (anxiety[MeSH Terms]))) AND ((empower*[Title/Abstract] OR (empowerment[MeSH Terms])))	28

CINAHL Complete	(TI (adolesc* or teen* or youth or young) OR AB (adolesc* or teen* or youth or young) OR MH adolescence) AND (TI (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR AB (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR MH nurses OR MH nursing care OR MH nursing interventions) AND (TI (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR AB (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR MH anxiety) AND (TI empower* OR AB empower* OR MH empowerment))	21
Academic Search Complete	(TI (adolesc* or teen* or youth or young) OR AB (adolesc* or teen* or youth or young adolesc* or teen* or youth or young) OR SU (adolesc* or teen* or youth or young) AND TI (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR AB (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR SU (nurs* or nursing care or nursing intervention) AND TI (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR AB (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR SU (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) AND TI empower* OR AB empower* OR SU empower*)	13
Web of Science	((((ALL=(adolesc* or teen* or youth or young)) AND ALL=(nurs* or nursing care or nursing intervention)) AND ALL=(anxiety or anxiety management or anxiety prevention)) AND ALL=(empower*))	97

De modo a pesquisar estudos não publicados, foi realizada pesquisa no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e OpenGrey.

Na terceira e última etapa, de acordo com as recomendações do JBI (2024), foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados para leitura integral, com o objetivo de identificar potenciais estudos a incluir na *scoping review*.

2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

No que diz respeito aos critérios de elegibilidade, considerou-se como população, adolescentes entre os 10 e os 19 anos, seguindo os critérios definidos pela OMS (World Health Organization, 2020b), excluindo-se adolescentes com Perturbação da Ansiedade diagnosticada. A pesquisa foi restringida a estudos realizados entre janeiro de 2019 e março de 2024, considerando-se artigos em texto integral, no idioma português, inglês e espanhol. Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e revisões da literatura referentes à eficácia de intervenções de enfermagem estruturadas no âmbito do autocontrole da ansiedade, excluindo-se intervenções únicas que visassem a resolução de ansiedade pontual relacionada com um contexto específico, como por exemplo o contexto pré-operatório ou o período de pandemia COVID-19.

2.4 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS

A pesquisa foi realizada entre 15 e 24 de abril de 2024, nas bases de dados referidas anteriormente. Na tabela seguinte é exposto o processo de extração em cada base de dados.

Tabela 4

Extração de pesquisas

ID	Estratégia de Pesquisa	Nº de artigos
CINAHL Complete (via EBSCOhost)		
S1	TI (adolesc* or teen* or youth or young) OR AB (adolesc* or teen* or youth or young) OR MH adolescence	781,742
S2	TI (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR AB (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR MH nurses OR MH nursing care OR MH nursing interventions	632,495
S3	TI (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR AB (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR MH anxiety	125,917
S4	TI empower* OR AB empower* OR MH empowerment	36,910
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	21
S6	Limitadores: Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	6

MEDLINE (via PubMed)		
#1	(adolesc*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR young[Title/Abstract] OR youth[Title/Abstract]) OR (adolescent[MeSH Terms])	2,801,449
#2	((nurs*[Title/Abstract] OR nursing intervention[Title/Abstract] OR nursing care[Title/Abstract]) OR (nurses[MeSH Terms])) OR (nursing care[MeSH Terms])	648,414
#3	(anxiety[Title/Abstract] OR anxiety management[Title/Abstract] OR anxiety prevention[Title/Abstract]) OR (anxiety[MeSH Terms])	309,353
#4	(empower*[Title/Abstract]) OR (empowerment[MeSH Terms])	42,747
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	28
#6	Limitadores: Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	10
Academic Search Complete (via EBSCOhost)		
S1	TI (adolesc* or teen* or youth or young) OR AB (adolesc* or teen* or youth or young adolesc* or teen* or youth or young) OR SU (adolesc* or teen* or youth or young)	1,091,183
S2	TI (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR AB (nurs* or nursing care or nursing intervention) OR SU (nurs* or nursing care or nursing intervention)	405,249
S3	TI (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR AB (anxiety or anxiety management or anxiety prevention) OR SU (anxiety or anxiety management or anxiety prevention)	237,101
S4	TI empower* OR AB empower* OR SU empower*	74,474
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	13
S6	Limitadores: Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	3
Web of Science		
#1	((ALL=(adolesc* or teen* or youth or young)) AND ALL=(nurs* or nursing care or nursing intervention)) AND ALL=(anxiety or anxiety management or anxiety prevention)) AND ALL=(empower*)	97
#2	Limitadores: Texto integral; Idioma - Inglês, Português e Espanhol; últimos 5 anos	40

Da pesquisa realizada foram obtidos 159 artigos, que reduziram para 59 após a aplicação dos critérios de elegibilidade referentes ao idioma, texto integral e intervalo temporal (6 artigos na

CINAHL Complete, 10 artigos na *MEDLINE*, 3 artigos na *Academic Search Complete* e 40 na *Web of Science*).

Do processo de pesquisa de literatura cinzenta obtiveram-se 2 documentos que cumpriam os critérios de elegibilidade: um extraído do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e outro da *OpenGrey*.

Os resultados da pesquisa nas diferentes bases de dados foram exportados para o gestor de referências *Mendeley Desktop* (versão 2.112.0), através do qual foram identificados e removidos os registos duplicados, 10 no total. Concomitantemente, na organização do processo de seleção dos estudos, foi utilizada a aplicação informática *Rayyan*.

Após a extração de artigos, foi realizada a triagem dos estudos através da análise do título e resumo, com o intuito de verificar a elegibilidade dos documentos. Neste processo excluíram-se 31 artigos, por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Cumprindo as recomendações do JBI (2024), o processo de extração e seleção de artigos foi realizado por dois investigadores independentes. Em caso de divergência, a resolução passou por consenso ou até por decisão de um outro revisor.

A fase seguinte correspondeu à leitura integral dos 20 documentos selecionados previamente e verificação das suas listas de referências bibliográficas, de modo a identificar outros artigos pertinentes. Neste processo identificaram-se 2 estudos que cumpriam os critérios de elegibilidade e davam resposta às questões de investigação e objetivos desta revisão, pelo que na totalidade foram analisados, na íntegra, 22 estudos.

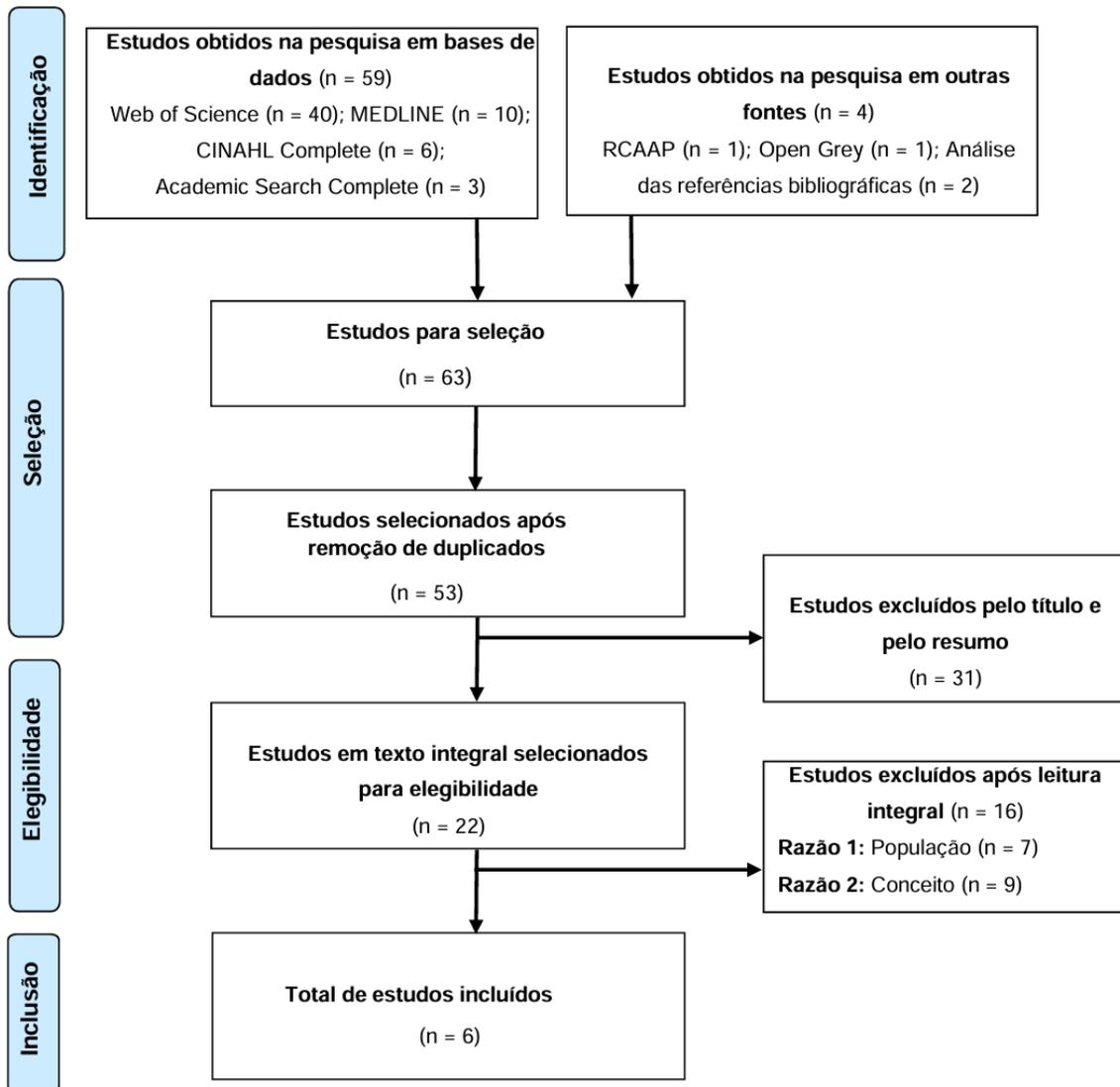
Através da aplicação dos critérios de inclusão definidos relativamente à População, Conceito e Contexto, foram excluídos 16 documentos, dos quais 7 não se enquadravam nos critérios de inclusão definidos para a população e 9 não se enquadravam no conceito.

Após todo o processo anteriormente descrito, a amostra final desta *scoping review* é composta por 6 estudos que traduzem intervenções de enfermagem de saúde mental, desenvolvidas para a capacitar o adolescente no autocontrolo da ansiedade.

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

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção da amostra



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

3. RESULTADOS

Segundo o Manual para a Síntese de Evidência do JBI (2024), a apresentação de resultados pode ser efetuada sob a forma de narrativa, esquema ou tabela. Decidiu-se apresentar os resultados da amostra final incluídos nesta *scoping review* recorrendo à utilização de uma tabela, elaborada de acordo com os objetivos do trabalho e a questão de investigação. Posteriormente, é feita uma leitura sumária dos resultados obtidos sob a forma de narrativa.

Tabela 5

Apresentação dos resultados

E1 Título: <i>The evidence-based COPE program: Reducing the time between diagnosing and treating depression and anxiety in youth</i>	
Autor Ano: Melnyk (2024)	
País de origem: Estados Unidos da América (EUA)	
Objetivo(s): Demonstrar a eficácia do programa COPE (<i>Creating Opportunities for Personal Empowerment</i>) enquanto intervenção de prevenção e tratamento para a ansiedade e depressão	
Desenho do Estudo: Estudo de revisão sobre a evidência da eficácia do Programa COPE na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão em adolescentes, crianças e jovens adultos	
P <i>Amostra</i> <i>População</i>	Desenvolvido para adolescentes. Já foi aplicado a crianças entre os 7 e 11 anos e jovens adultos entre os 18 e os 23 anos
C <i>Tipo de Intervenção</i> <i>Conceito</i>	<p>O COPE é um programa que consiste num conjunto de intervenções de treino de competências cognitivas orientada por enfermeiros. Foi desenvolvido por Melnyk, uma enfermeira americana especialista em ESMP, no final da década de 90, quando trabalhava numa unidade de internamento de pedopsiquiatria. O programa obteve resultados promissores na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão em adolescentes, sendo inicialmente composto por 15 sessões. Ao longo do tempo sofreu ajustes e foi testado em diferentes populações (crianças entre os 7 e 11 anos, adolescentes e jovens adultos entre os 18 e 23 anos).</p> <p>Atualmente, a evidência aponta para resultados positivos na versão de 7 sessões individuais ou de grupo, de 25-30 min., uma vez por semana, com as temáticas: 1) Triângulo de pensamento, sentimento e comportamento; 2) Stress e capacidade de lidar com o stress; 3) Autoestima e conversa interna positiva; 4) Planeamento, definição de objetivos e resolução de problemas; 5) Lidar com as emoções de forma saudável; 6) Lidar com situações de <i>stress</i>; 7) Colocar tudo em conjunto. Durante as sessões as crianças/adolescentes/jovens adultos aprendem sobre como os seus</p>

	<p>pensamentos condicionam a forma como se sentem e como se comportam e ajuda-os a detetar, verificar e mudar pensamentos negativos ou automáticos (processo de reavaliação cognitiva).</p> <p>No final de cada sessão, é atribuído um “trabalho de casa”, composto por exercícios de treino cognitivo aprendidos durante as sessões, que devem treinar em casa e monitorizar num caderno oferecido para o efeito.</p> <p>O programa pode ser aplicado por EESMP ou enfermeiros de cuidados gerais, médicos de clínica geral e professores, depois de preparados para o efeito, através de formação facultada por EESMP, dada a escassez de recursos humanos em saúde mental nos EUA. É possível ser utilizado para tratamento oportuno de ansiedade e depressão, mas também como intervenção de saúde mental no âmbito da prevenção.</p>
C Contexto	Escolas, centros de saúde, gabinetes de saúde escolar, unidades de internamento

Resultados: Mais de 20 estudos apoiaram a eficácia do programa COPE na diminuição da ansiedade, depressão, *stress* e da ideação suicida, bem como no aumento da autoestima e dos comportamentos de estilo de vida saudável em crianças, adolescentes e jovens adultos. A redução da depressão e ansiedade foi similar nos programas de 7 sessões como nos de 15 sessões.

E2 | Título: *Investigating the effect of psychological empowerment on using coping strategies, stress, anxiety and depression in adolescents with haemophilia: a randomized controlled trial.*

Autor | Ano: Setoodeh et al. (2023)

País de origem: Irão

Objetivo(s): Examinar o efeito do *empowerment* psicológico na utilização de estratégias de *coping*, *stress*, ansiedade e depressão em adolescentes com hemofilia

Desenho do Estudo: Ensaio clínico aleatório randomizado, com avaliação dos resultados pré e pós intervenção, e *Follow up* um mês depois

P Amostra <i>População</i>	Adolescentes com hemofilia (n = 60), com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, divididos em grupo de controlo e grupo de intervenção, sem história de doença mental prévia, acompanhados em consulta de vigilância de hemofilia.
C Tipo de Intervenção <i>Conceito</i>	<p>A intervenção foi desenvolvida por uma enfermeira especialista em ESMP.</p> <p>O grupo de intervenção participou num programa de capacitação psicológica, para além de uma intervenção de rotina de autocuidados. O grupo de controlo recebeu apenas a rotina de autocuidado providenciada pelo hospital, que consistia numa breve explicação sobre sinais de alerta físicos e psicológicos, assim como o que fazer em caso de hemorragia e/ou sinais de ansiedade/depressão.</p> <p>A intervenção consistiu em 16 sessões práticas de 90 minutos, duas vezes por semana, no decorrer de 8 semanas. Cada sessão incluía duas partes:</p>

	<p>uma primeira parte sobre autocuidado, conflitos resultantes da comunicação com os outros, emoções negativas, ansiedade, <i>stress</i>, depressão, respetivos sintomas e sua gestão. A segunda parte incluiu ensino sobre vários tipos de estratégias de <i>coping</i> positivas e adaptativas, centradas nos problemas e nas emoções, recorrendo a <i>role-play</i> e exercício da “cadeira vazia”.</p> <p>Os autores concluíram que a intervenção desenvolvida por uma EESMP aumentou a utilização de estratégias de <i>coping</i> adaptativas e diminuiu os níveis de ansiedade, depressão e <i>stress</i>.</p>
C Contexto	Consulta externa de um hospital central
Resultados: No grupo de intervenção obteve-se uma diminuição das pontuações médias de ansiedade, <i>stress</i> e depressão, assim como um aumento da utilização das estratégias de <i>coping</i> centradas no problema, pontuações significativamente diferentes dos resultados obtidos o grupo de controlo.	
E3 Título: <i>Evaluating a prototype digital mental health literacy intervention for children and young people aged 11-15 in Java, Indonesia: a mixed methods, multi-site case study evaluation</i>	
Autor Ano: Brooks et al. (2023)	
País de origem: Concebido por investigadores do Reino Unido, mas o estudo foi desenvolvido em Java, na Indonésia	
Objetivo(s): Avaliar a utilização, fiabilidade e impacto preliminar da intervenção IMPeTUs (<i>Improving mental Health Literacy Among Children and Young People in Indonesia</i>) na prevenção de problemas de saúde mental comuns em adolescentes, através da promoção de literacia em saúde mental no âmbito da autogestão e autocontrolo da ansiedade e depressão em adolescentes, reconhecimento de sintomas e da procura efetiva de ajuda.	
Desenho do Estudo: Estudo misto que incluiu análise quantitativa de dados pré e pós avaliação (após a intervenção e <i>Follow up</i> um mês e 6 meses depois da intervenção), e análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com grupos focais de adolescentes, pais e profissionais, para explorar experiências e perceções relativamente à intervenção, e 8 estudos de caso.	
P Amostra <i>População</i>	Intervenção dirigida a adolescentes entre os 11 e os 15 anos: (n = 78) na parte de investigação quantitativa, (n = 56) na investigação qualitativa. Foram também realizadas entrevistas a pais/cuidadores (n = 49) que aceitaram participar no estudo e aos facilitadores recrutados (n = 18) sobre a experiência de ministrar a realização da intervenção.
C Tipo de Intervenção <i>Conceito</i>	<p>Intervenção de saúde mental concebida por investigadores na área da ESMP, em colaboração com profissionais na área da informática. Esta baseia-se num jogo informático e em discussões em grupo (antes e depois da intervenção), para permitir orientar devidamente os adolescentes para a intervenção e para proporcionar um espaço de discussão de questões relacionadas com o jogo.</p> <p>O jogo assume a forma de uma história imersiva, na qual o adolescente assume o papel de uma personagem central e personalizável e a conduz através de uma série de desafios relacionados com a saúde mental. O formato</p>

de história é intercalado com jogos e exercícios interativos para promover o envolvimento e incentivar o autocontrolo. As decisões que os adolescentes tomam durante o jogo têm impacto nos resultados finais.

Há um capítulo do jogo que se centra na depressão e um capítulo que se centra na ansiedade.

A intervenção foi realizada com a colaboração de facilitadores (profissionais de saúde, elementos da escola e do centro comunitário, dependendo do contexto onde a intervenção foi realizada), que estiverem presentes durante a utilização do jogo e receberam formação para o efeito, fornecida pelos investigadores

C Contexto Escola e comunidade (centro de saúde e centro comunitário)

Resultados: A análise qualitativa dos dados revelou níveis elevados de utilização e aceitabilidade da estética da interface, da personalização, da apresentação das mensagens e da navegação. Os participantes não reportaram efeitos negativos associados à utilização do jogo informático. Os dados quantitativos destacaram a viabilidade da intervenção, com elevados níveis de recrutamento e retenção ao longo dos períodos de estudo. A intervenção foi, por isso, considerada aceitável e de fácil implementação por adolescentes, pais/cuidadores e profissionais, demonstrando ser potencialmente, uma forma aceitável e viável de prevenir problemas comuns de saúde mental entre adolescentes, na Indonésia. Os autores iniciaram a adaptação da intervenção para adolescentes do Reino Unido, demonstrando a sua flexibilidade a nível de contextos sociais mais ou menos desfavorecidos.

E4 | Título: *Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLisMental Psychoeducational Intervention*

Autor | Ano: Morgado et al. (2021)

País de origem: Portugal

Objetivo(s): Testar o resultado primário de uma intervenção psicoeducacional, designada ProLisMental, para a melhoria da ansiedade dos adolescentes, através do aumento da literacia em saúde mental sobre reconhecimento, estratégias de prevenção e de autorregulação.

Desenho do Estudo: Estudo piloto controlado e randomizado *quasi-cluster*, com pré teste (um dia antes da intervenção), pós teste (dois dias após a intervenção) e *Follow up* 1 mês após a intervenção, com grupo de intervenção e grupo de controlo.

P Amostra
População Adolescentes com idade média de 14,5 anos (n = 38), de duas turmas do 9º ano

C Tipo de Intervenção
Conceito Intervenção psicoeducacional desenvolvida por uma EESMP, estruturada em diferentes fases. O número total de sessões pode variar entre 4 a 13 e incluiu sessão inicial e final com os adolescentes, pais/cuidadores e professores e a fase da **intervenção psicoeducacional** propriamente dita. Esta consiste em **4 sessões semanais de 90 minutos, ou 8 sessões semanais de 45 minutos** onde são abordadas as seguintes temáticas: 1) "Reconhecer": saúde mental, emoções e ansiedade nos adolescentes; 2) "Cuidar": promoção da saúde mental e prevenção da ansiedade, gestão e estratégias de

	<p>autorregulação; 3) “Procurar ajuda”: ações de primeiros socorros em saúde mental e procura de ajuda informal; 4) “Ação!”: a partir do conhecimento.</p> <p>As sessões foram desenvolvidas pela investigadora principal em colaboração com três enfermeiras de cuidados de saúde primários, com experiência em saúde escolar, após receberem 10h de formação sobre a intervenção ProLisMental.</p>
C Contexto	Escola
Resultados: Melhoria do conhecimento, habilidade e intenções de comportamento ao nível das diferentes componentes da ansiedade (reconhecimento, estratégias de prevenção, intervenções de gestão e autocontrolo da ansiedade).	
E5 Título: <i>Effectiveness of School-based Health Center Delivery of a Cognitive Skills Building intervention in Young, Rural Adolescents: Potencial Applications for Addiction and Mood</i>	
Autor Ano: Carr & Stewart (2019)	
País de Origem: EUA	
Objetivo(s): Testar a fiabilidade e efetividade do programa COPE numa população rural de adolescentes e os seus efeitos nas funções executivas, ansiedade e depressão.	
Desenho do Estudo: Estudo prospetivo <i>quasi</i> -experimental, com avaliação da função executiva, ansiedade e depressão antes da intervenção, após a série de sessões e três meses depois.	
P Amostra <i>População</i>	Adolescentes entre os 11 e os 15 anos, com presença de sintomas de ansiedade no último ano, identificados pelo gabinete de saúde escolar (n = 15)
C Tipo de Intervenção <i>Conceito</i>	<p>A investigação foi colocada em prática pela enfermeira de saúde escolar, que recebeu formação certificada sobre o COPE. A intervenção consistiu em 7 sessões de 30 minutos, uma vez por semana, individuais ou em grupo, de acordo com a preferência de cada adolescente, que era respeitada. As sessões tinham como temas: 1) Pensar, sentir e comportar-se: qual é a relação? 2) Pensamento positivo e formação de hábitos de pensamento saudáveis; 3) Lidar com o stress; 4) Resolução de problemas e definição de objetivos; 5) Lidar com as suas emoções de forma saudável através do pensamento positivo e de uma comunicação eficaz; 6) Juntar tudo isto para um “eu” saudável.</p> <p>Cada participante recebeu um livro de trabalhos de casa, de modo a completar os exercícios de treino cognitivo entre cada sessão. Os exercícios incluíam conversas positivas consigo mesmo, imaginação guiada, treino de respiração abdominal, definição de metas e objetivos, identificação dos gatilhos da sua ansiedade e autorreflexão. No início de cada sessão os participantes apresentavam o seu registo diário de prática à enfermeira investigadora e analisavam as competências adquiridas na sessão da semana anterior.</p>

	No final do estudo, cada participante recebeu um certificado, canetas e um <i>finger spinner</i> .
C Contexto	Gabinete de saúde escolar de uma escola secundária em meio rural
Resultados:	A intervenção obteve resultados positivos ao nível da diminuição dos níveis de ansiedade e um domínio da função executiva - a regulação comportamental. A depressão registou uma melhoria a curto prazo. A metacognição não sofreu alterações ao longo do tempo.
E6 Título: <i>The Effectiveness of mental health nursing promotive and preventive model on protective factors, risk factors and adolescents' mental health</i>	
Autor Ano: Sulistiowati et al. (2023)	
Pais de Origem: Indonésia	
Objetivo(s):	Identificar a eficácia de um modelo de Enfermagem de Saúde Mental na promoção de fatores protetores, prevenção de fatores de risco para a saúde mental de adolescentes.
Desenho do Estudo:	Estudo <i>quasi</i> -experimental, com controlo aleatório de grupo, pré e pós-teste.
P Amostra <i>População</i>	Adolescentes entre os 10 e os 15 anos, a frequentar os 7º e 8º anos (n = 240)
C Tipo de Intervenção <i>Conceito</i>	Aplicação de um Modelo de Promoção e prevenção em Saúde Mental, em 5 sessões psicoeducativas online, em grupo, recorrendo a um programa de computador , com duração de 60 a 80 minutos sobre: 1) Saúde mental dos adolescentes, fatores de proteção e de risco; 2) As capacidades dos adolescentes para melhorar a sua autoestima; 3) Melhoria das habilidades sociais; 4) Capacidade para ultrapassar a ansiedade; 5) Superar situações de <i>bullying</i> .
C Contexto	Escolar, com abordagem <i>online</i>
Resultados:	O estudo concluiu que o modelo de intervenção promoveu o aumento dos fatores de proteção (autoestima, relação familiar e capacidade pró-social), sobretudo as habilidades sociais e a autoestima, e diminuiu os fatores de risco (comportamento de <i>bullying</i> , ansiedade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas com os pares), especialmente a ansiedade . Os autores concluíram também que o modelo de promoção e prevenção de enfermagem de saúde mental é eficaz para aumentar a saúde mental dos adolescentes e poderia ser utilizado enquanto ferramenta de deteção precoce de problemas de saúde mental, nos gabinetes de saúde escolar.

Sumariamente, é possível aglomerar os resultados obtidos na amostra desta *scoping review* de acordo com a questão de investigação e questões secundárias, sendo elas: “*Quais as intervenções em enfermagem de saúde mental para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade?; Quais as características (tipo, duração, conteúdo, entre outras) das intervenções de enfermagem de saúde mental implementadas?; Em que contextos foram desenvolvidas (contexto comunitário, escolar, outros)?*”

Nesse sentido, todos os estudos incluídos nesta revisão tinham como amostra adolescentes entre os 10 e os 19 anos, segundo os critérios definidos pela OMS (World Health Organization, 2020b).

No que diz respeito às características das intervenções de enfermagem de saúde mental implementadas, a tabela abaixo elucida sobre os resultados obtidos.

Tabela 6

Tipo de intervenção

<u>INTERVENÇÃO</u>	<u>ESTUDO</u>					
	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Treino de competências cognitivas	x				x	
Psicoeducacional		x	x	x		x
Intervenção utilizando plataforma digital			x			x
Intervenção individual	x		x		x	
Intervenção em grupo	x	x	x	x	x	x

Portanto, dos sete estudos analisados, em quatro (E2, E3, E4 e E6) a intervenção de enfermagem utilizada para capacitar o adolescente no autocontrole da ansiedade consistiu numa intervenção psicoeducacional, e em dois estudos (E1 e E5) recorreu-se ao treino de competências cognitivas. Todas as intervenções foram realizadas em grupo, mas em três estudos (E1, E3 e E5) realizaram-se também sessões individuais: Em E1 e E5, dependendo da preferência dos participantes e contexto em que a intervenção foi realizada, e em E3 foi realizada primeiramente uma sessão individual, onde os adolescentes operacionalizavam o jogo informático, e posteriormente, foi efetuada uma discussão em grupo. Em dois estudos (E3 e E6) a intervenção foi concretizada recorrendo a uma aplicação digital.

E1 e E5 analisam e verificam a efetividade da mesma intervenção de enfermagem de saúde mental.

A duração da intervenção é variável, oscilando entre 3 sessões (E3) e 16 sessões (E2). O tempo despendido por sessão está compreendido entre 25 e 90 minutos, relacionado com as

características da intervenção. Em E1 e E5, e visto que se trata da mesma intervenção, mas realizada em diferentes contextos, esta compreende 7 sessões entre 25 e 30 minutos. Em E2 os autores dividiram a intervenção por 16 sessões de 90 minutos e em E3 por três sessões, não sendo especificado o tempo utilizado na realização do jogo informático e nas discussões em grupo. Em E4, a intervenção pode oscilar entre 4 e 13 sessões de 45 a 90 minutos e, por fim, em E6 os autores optaram por realizar a intervenção em 5 sessões de 60 a 90 minutos. A frequência semanal das sessões é maioritariamente uma vez por semana em E1, E3, E4, E5 e E6 à exceção de E2, em que a intervenção é realizada duas vezes por semana.

No que concerne ao conteúdo da intervenção, a tabela abaixo reúne os dados recolhidos nos estudos que constituem a amostra. Os estudos E1 e E5 estão agrupados, uma vez que se reportam à mesma intervenção.

Tabela 7

Conteúdo da Intervenção

Estudo	Conteúdo da Intervenção
E1 e E5	Triângulo de pensamento, sentimento e comportamento; Stress e capacidade de lidar com o stress; Autoestima e conversa interna positiva; Planeamento, definição de objetivos e resolução de problemas; Lidar com as emoções de forma saudável; Lidar com situações de stress.
E2	Conflitos resultantes da comunicação com os outros, emoções negativas, ansiedade, stress, depressão, respetivos sintomas e sua gestão. A segunda parte incluiu ensino sobre vários tipos de estratégias de coping positivas e adaptativas.
E3	O formato de história é intercalado com jogos e exercícios interativos para promover o envolvimento e incentivar o autocontrolo da ansiedade e pensamentos negativos.
E4	“ Reconhecer ”: saúde mental, emoções e ansiedade nos adolescentes; 2) “ Cuidar ”: promoção da saúde mental e prevenção da ansiedade, gestão e estratégias de autorregulação ; 3) “ Procurar ajuda ”: ações de primeiros socorros em saúde mental e procura de ajuda informal; 4) “ Ação! ”: a partir do conhecimento
E6	Saúde mental dos adolescentes, fatores de proteção e de risco ; As capacidades dos adolescentes para melhorar a sua autoestima; Melhoria das habilidades sociais; Capacidade para ultrapassar a ansiedade ; Superar situações de <i>bullying</i> .

Pela análise da tabela anterior depreende-se que os conteúdos abordados nas diferentes intervenções dizem sobretudo respeito a estratégias de reconhecimento e autocontrolo de emoções, entre as quais a ansiedade, abordadas em todos os estudos; estratégias para melhorar a comunicação com os outros (E2 e E6) e a sua autoestima (E1, E5 e E6);

estratégias para lidar com o *stress* (E1, E2 e E5), definição de objetivos e resolução de problemas (E1 e E5); fatores de proteção e de risco para a saúde mental (E6).

Ainda relativamente às características das intervenções de enfermagem de saúde mental, em todos os estudos as intervenções foram concebidas por EESMP, mas em quatro estudos (E1, E3, E4 e E5) estas foram operacionalizadas com ajuda de outros profissionais, como enfermeiros de saúde escolar, depois de receberem formação para o efeito.

No que diz respeito ao contexto onde se realizaram as intervenções, e tal como se pode perceber pela análise da tabela abaixo, maioritariamente estas ocorreram em contexto escolar (E1, E3, E4, E5 e E6). Em um estudo (E2), a intervenção ocorre em ambiente hospitalar. Percebe-se também que em dois estudos (E1 e E3) existe mais do que um contexto de intervenção.

Tabela 8

Resultados obtidos relativamente ao contexto da intervenção

Contexto da intervenção	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Escola	x		x	x	x	x
Centro de saúde	x		x			
Instituições de apoio à comunidade			x			
Hospital	x	x				

Os sete estudos obtidos na amostra são maioritariamente estudos de metodologia quantitativa (E2, E4, E5 e E6). Obteve-se também dois artigos de revisão sobre a efetividade e características da mesma intervenção em (E1 e E5) e um estudo de metodologia mista, com abordagem quantitativa e qualitativa (E3).

Obtiveram-se dois estudos realizados nos EUA (E1 e E5), um em Portugal (E4), um no Irão (E2) e dois na Indonésia (E3 e E6).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A adolescência, pelas suas características desenvolvimentais, representa um período de vulnerabilidade, podendo surgir problemas de saúde mental entre os mais jovens, nomeadamente a ansiedade (World Health Organization, 2021b). Simultaneamente, a adolescência revela também uma janela de oportunidade para intervir e prevenir precocemente que os sintomas se mantenham até à idade adulta, diminuindo a qualidade de vida do adolescente (Dias, 2020; World Health Organization, 2021b). Por outro lado, os EESMP têm competência para ajudar na otimização das respostas humanas aos processos de transição, quer sejam eles desenvolvimentais, situacionais ou fortuitos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, o objetivo desta *scoping review* consistiu em mapear as intervenções de enfermagem de saúde mental implementadas para a capacitação dos adolescentes no autocontrolo da ansiedade, tendo sido incluídos 6 estudos que vão ao encontro deste objetivo.

As evidências obtidas pelos estudos da amostra evidenciam que, as intervenções de enfermagem de saúde mental para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade consistem, maioritariamente, em intervenções psicoeducacionais. Este dado é suportado pela literatura relativamente aos seus efeitos positivos, e a longo prazo, no aumento da literacia em saúde mental em adolescentes e também, na capacidade de o adolescente gerir os sintomas de ansiedade (Brooks et al., 2021; Frejšan et al., 2021).

Obtiveram-se também resultados em relação às intervenções de treino de competências cognitivas, o que vai ao encontro da literatura, nomeadamente das *Guidelines* da OMS para intervenções de promoção de saúde mental positiva e redução de problemas de saúde mental (World Health Organization, 2020a). Os resultados obtidos na amostra evidenciam inclusive, que a utilização da mesma intervenção de treino de competência cognitivas, em diferentes amostras e contextos, tem resultados positivos na prevenção e diminuição de sintomas de ansiedade em adolescentes americanos (Carr & Stewart, 2019; Melnyk, 2024), o que traz uma evidência científica robusta relativamente à utilização desta intervenção.

A literatura propõe a utilização de intervenções baseadas em *mindfulness* para capacitar o adolescente no autocontrolo da ansiedade (Reich et al., 2022; World Health Organization, 2020a), contudo não se obtiveram estudos que cumprissem os critérios de elegibilidade e nos quais fosse avaliada a evidência desta intervenção, realizada por enfermeiros.

As evidências que emergem dos resultados dos estudos revelam a possibilidade de utilizar aplicações e plataformas digitais como recurso, dado corroborado pela OMS, segundo qual as intervenções para promoção de saúde mental positiva e prevenção de problemas de saúde mental podem efetuar-se através de plataformas digitais (World Health Organization, 2020a).

A análise dos resultados obtidos indica uma duração variável das intervenções, entre uma e oito semanas, o que pode associar-se à especificidade de cada intervenção. A intervenção com menor duração dizia respeito a uma intervenção psicoeducacional através de uma plataforma digital, na qual o adolescente utilizava a aplicação informática, e à qual acresciam sessões em grupo, antes e após a sua utilização. A intervenção mais prolongada incidiu numa população de adolescentes com doença crónica, que se dirigiam semanalmente à consulta de vigilância da sua doença, e na qual era realizada a intervenção. Na pesquisa realizada não foi encontrada literatura que especificasse recomendações relativamente à duração da intervenção.

No que diz respeito ao conteúdo das intervenções, as evidências resultantes dos estudos da amostra apontam para uma certa harmonia nos conteúdos abordados nas diferentes intervenções, nomeadamente ao nível das estratégias de reconhecimento e autocontrolo de emoções, entre as quais a ansiedade, conteúdo abordado em todos os estudos. Identificaram-se também conteúdos sobre estratégias para melhorar a comunicação com os outros e a autoestima, estratégias para lidar com o *stress*, definição de objetivos, resolução de problemas e fatores de proteção/risco para a saúde mental. Estes dados são corroborados pela literatura disponível, nomeadamente as *Guidelines* da OMS, segundo quais as intervenções para promoção de saúde mental positiva e prevenção de problemas de saúde mental na adolescência, devem incluir aprendizagem de componentes como regulação emocional, resolução de problemas, competências interpessoais, assertividade e gestão do *stress* (World Health Organization, 2020a).

Os resultados dos estudos da amostra demonstram também, que as intervenções foram realizadas, maioritariamente, em contexto escolar. Diversos autores fundamentam este facto, afirmando que a intervenção grupal em contexto escolar tem diversas vantagens, como o facto de as crianças passarem muito tempo na escola, o que é facilitador para a implementação de intervenções no âmbito da promoção da saúde mental, ao invés do contexto clínico (Fazel et al., 2014; McGovern et al., 2019). A OMS sugere que as intervenções possam ser realizadas em diferentes contextos, contudo reconhece as vantagens da intervenção em meio escolar. O argumento sustenta-se pela facilidade de implementação e maior alcance, quando realizadas em grupo, assim como o facto de serem menos suscetíveis de causar estigmatização, ao invés das intervenções que requerem rastreio e deslocação a um serviço de saúde (World Health Organization, 2020a).

No momento de formulação da questão de investigação, não surgiu a dúvida relativamente a quem efetuará as intervenções de enfermagem de saúde mental nos diferentes contextos

possíveis, pois assumiu-se que seria o EESMP. No entanto, apesar de em todos os estudos da amostra as intervenções serem concebidas por um EESMP, a operacionalização ocorreu em colaboração com outros profissionais de saúde e da educação, após terem recebido formação para o efeito, providenciada pelo EESMP. Este facto é explicado por Melnyk (2024), pela escassez de recursos em saúde mental nos EUA, o que implica que a intervenção que desenvolveu possa ser implementada por outros profissionais, para obter um maior alcance. Simultaneamente, a OMS também abre a possibilidade de as intervenções serem implementadas por diferentes profissionais, não exclusivos da saúde mental, como professores, outros profissionais de saúde, trabalhadores comunitários, entre outros (World Health Organization, 2020a). Sampaio et al. (2022) argumentam, que intervenções para o aumento de literacia em saúde mental em adolescentes podem ser executadas em escolas por EESMP, por serem os profissionais com mais competências para o efeito. Contudo, os mesmos autores indicam a possibilidade do EESMP formar outros profissionais, como professores. Estes dados salientam o papel do EESMP não só na conceção de programas para a promoção de saúde mental dos adolescentes e prevenção da doença mental, mas também o seu papel enquanto formador, tal como está explicitado no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, referente às competências específicas do EESMP.

Relativamente à proveniência de estudos de diversos pontos do planeta, nomeadamente América do Norte, Europa, Ásia e Médio Oriente, pode refletir-se sobre o facto deste dado demonstrar a transversalidade da prevalência da ansiedade na adolescência e a preocupação universal dos profissionais de saúde mental em capacitar os adolescentes para o seu autocontrolo, independentemente do contexto cultural e social no qual estão inseridos. A literatura suporta o facto de contextos socio-económicos desfavorecidos e exposição ao *stress* extremo, serem significativos no aparecimento de problemas de saúde mental em adolescentes, nomeadamente a ansiedade (World Health Organization, 2021b). Contudo, sabe-se também, que as rápidas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais vividas na segunda década de vida ocorrem em qualquer adolescente, independentemente do contexto histórico e cultural em que se insere (Sprinthall & Collins, 2011). Assim, é evidente que faz sentido entender a adolescência enquanto transição de desenvolvimento e sob o paradigma da Teoria das Transições. Acrescenta-se que, tal como sugeriu Chick & Meleis (1986), olhar o processo de cuidar sob este paradigma, confere conteúdo e sentido à missão dos enfermeiros, no sentido de estes serem profissionais com competência para facilitar a vivência dos processos de transição, especificamente o EESMP, que intervém perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição (Regulamento n.º 515/2018, da Ordem dos Enfermeiros).

5. CONCLUSÕES

Com a realização desta *scoping review* foi possível mapear quais as intervenções de enfermagem de saúde mental realizadas para a capacitação do adolescente no autocontrolo da ansiedade, identificar quais as características dessas intervenções e compreender em que contextos são realizadas, pelo que se afirma que o objetivo geral e objetivos específicos propostos foram atingidos.

Deste modo, concluiu-se que, para capacitar o adolescente no autocontrolo da ansiedade são realizadas maioritariamente intervenções psicoeducacionais e de treino de competências cognitivas, executadas em grupo e em contexto escolar. Podem ter duração variável, entre uma e 8 semanas, e abordam conteúdos relativos a estratégias de reconhecimento e autocontrolo de emoções, entre as quais a ansiedade, estratégias para melhorar a comunicação com os outros e a autoestima, estratégias para lidar com o *stress*, definição de objetivos, resolução de problemas e fatores de proteção/risco para a saúde mental. A utilização de plataformas digitais pode ser utilizada como recurso.

As intervenções são concebidas por EESMP, porém este pode operacionalizá-las ou realizar formação a outros profissionais (enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde e/ou da educação), para que possam realizar também as intervenções. Esta evidência salienta o papel do EESMP não só enquanto profissional com competência para cuidar da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental aos três níveis de prevenção, mas também para formar outros profissionais, no sentido de ampliar o alcance das intervenções de saúde mental no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, na adolescência.

Salienta-se a diversificação cultural dos contextos em que as intervenções foram realizadas, percebendo-se a preocupação universal com a temática e sugerindo um olhar sobre a adolescência, enquanto período de transição de desenvolvimento, e sobre o adolescente poder necessitar de apoio de um EESMP para facilitar o processo de transição com respostas ajustadas e adaptativas.

Como limitações deste estudo e considerando a natureza da revisão, identifica-se que podem ter sido omitidas fontes de informação relevantes devido à disponibilidade de informações sobre a questão em análise, condicionada pela possível existência de estudos não publicados, nomeadamente ao nível da literatura cinzenta.

Acrescenta-se o facto de numa *scoping review* a qualidade metodológica dos estudos obtidos não ser, geralmente, avaliada, pelo que as implicações para a prática não podem ser classificadas ao nível da evidência.

A revisão efetuada traz contributos para a prática dos EESMP, uma vez que permitiu identificar intervenções de enfermagem de saúde mental para a capacitação de adolescentes no autocontrolo da ansiedade com resultados positivos em diversos países do mundo. Neste sentido, sugere-se a realização de mais estudos para avaliar a eficácia das intervenções encontradas, dado que a investigação disponível no contexto português é diminuta, nomeadamente intervenções de treino de competências cognitivas e intervenções psicoeducacionais, em contexto escolar.

Conclui-se também, que existe um campo de atuação muito vasto para o EESMP desenvolver intervenções no âmbito da promoção de saúde mental e prevenção de problemas de saúde mental na adolescência, quer seja pela conceção e operacionalização das intervenções, quer seja enquanto formador de outros profissionais de saúde e/ou educação, pelas características desenvolvimentais da adolescência e pelo impacto negativo que pode advir da ansiedade não controlada na segunda década de vida, assim como, na vida adulta.

PARTE III – REFLEXÃO FINAL

NOTA CONCLUSIVA

Chegando ao final do percurso formativo enquanto futura Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamental referir que cada experiência vivenciada teve um impacto e um contributo na minha formação enquanto pessoa e enfermeira.

A elaboração deste documento permite descrever de forma reflexiva as vivências e as atividades desenvolvidas para atingir competências comuns e específicas de EESMP. Neste sentido, a realização dos estágios em diferentes contextos (internamento de adultos, comunidade e respostas diferenciadas), permitiram-me desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista, ao nível da Responsabilidade profissional, ética e legal, da Melhoria contínua da qualidade e Gestão de Cuidados e no Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no qual fui proativa e procurei saber sempre mais, atuando com base na evidência científica mais recente e segundo os referenciais teóricos basilares da Enfermagem de Saúde Mental, como a Teoria das Relações interpessoais de Peplau e a Teoria das Transições de Meleis.

Este percurso formativo foi determinante para adquirir e desenvolver competências específicas de EESMP, essencialmente pela oportunidade de estabelecer parceria de cuidados com cada pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, família e comunidade, com a qual me cruzei e tive oportunidade de cuidar, representando o culminar deste processo, com a capacidade para atingir os objetivos propostos. Percebi o sentido de “mobilizar-se a si mesmo enquanto instrumento terapêutico”, através da relação estabelecida com o outro e da comunicação, que são a base para o potencial terapêutico do EESMP e das intervenções de enfermagem por si desenvolvidas na promoção, manutenção e recuperação da saúde mental, ao longo do ciclo vital.

De todo o processo destaco também um significativo desenvolvimento pessoal adquirido, com base em todas as experiências vividas.

A componente de investigação que compõe este relatório deu também um importante contributo para a minha formação enquanto futura EESMP. Todo o processo de pesquisa, definição metodológica e análise de resultados permitiram rever e adquirir conhecimentos sobre uma temática que é para mim de grande interesse, como a ansiedade na adolescência. O trabalho desenvolvido nesta componente faz também parte das competências comuns e específicas do EESMP que incluem a contínua atualização e conhecimentos, a prática baseada na evidência e a participação e desenvolvimento de projetos de investigação, algo em que pretendo investir, aumentando a produção e divulgação científica na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Termino este percurso com olhos postos no futuro, com motivação para dar continuidade à aprendizagem e ao desenvolvimento das competências adquiridas até aqui, com vontade de continuar o investimento no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (2.^a ed.). Quarteto editora.
- Amaral, A. (2020). Observação e Avaliação Inicial em Saúde Mental. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.^a ed., pp. 84–86). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR - Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.). Climepsi Editores.
- APA. (2018). APA Dictionary of Psychology. Em *American Psychological Association*. <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- APA. (2020). *Manual da American Psychological Association: o guia oficial do estilo APA* (7.^a ed.).
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Bezerra, B. R., Ibiapina, A. R. de S., Costa, A. P. C., Júnior, J. de S. A., Silva, R. A. da, Campelo, L. L. de C. R., Filho, A. A. I. C., & Memoria, L. V. F. (2020). Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 51. <https://doi.org/10.25248/reas.e3438.2020>
- Brito, L. (2021). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia* (1.^a ed.). Grácio Editor.
- Brito, L., Alves, O., Pinheiro, S., Barreiro, M., Ferreira, C., Rodrigues, A., Ribeiro, R., & Pereira, M. G. (2023). Uma boa prática de promoção da saúde e prevenção das demências e fragilidade no concelho de Ponte da Barca. *RIAGE – Revista Ibero-Americana da Gerontologia*, 3, 52–65. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/86541/1/RIAGE06.2023-54-67.pdf>
- Brooks, H., Syarif, A. K., Pedley, R., Irmansyah, I., Prawira, B., Lovell, K., Opitasari, C., Ardisasmita, A., Tanjung, I. S., Renwick, L., Salim, S., & Bee, P. (2021). Improving mental health literacy among young people aged 11–15 years in Java, Indonesia: the co-development of a culturally-appropriate, user-centred resource (The IMPeTUs Intervention). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00410-5>

- Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 449–457. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.009>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (5 (Tradução)). Elsevier Editora, Lda. https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
- Cardoso, A. M. P. (2007). *Estudo sobre o Insight em pessoas com psicose* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <https://core.ac.uk/download/pdf/303712055.pdf>
- Carr, K. L., & Stewart, M. W. (2019). Effectiveness of School-based Health Center Delivery of a Cognitive Skills Building Intervention in Young, Rural Adolescents: Potential Applications for Addiction and Mood. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 23–29. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137560289&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112–120. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00030.x>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Escuta Ativa. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.^a ed., pp. 177–179). Lidel - Edições Técnica, Lda.
- Conselho Pedagógico. (2023). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Daniel, F., Ponciano, E., Figueirinha, R., & Spielberg, C. (2006). *Estrutura factorial de uma versão experimental do STAI-Y em estudantes universitários portugueses*. <https://www.researchgate.net/publication/259571393>
- Dias, J. C. B. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental*. -

- Diagnósticos e Intervenções* (1.^a ed., pp. 283–290). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Dias, J. C. B., & Carvalho, J. C. (2017). Enfermagem em Pedopsiquiatria: Especificidades do cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17, 65–70.
- ESEnfC. (2023). Guia Orientador do Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica . Em *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. Em *World Psychiatry* (Vol. 2).
- Falloon, I. R. H. (2004). Research on Family Interventions for Mental Disorders: Problems and Perspectives. *Families and Mental Disorders*, 2(1), 235–257. <https://doi.org/10.1002/0470024712.ch11>
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. Em *The Lancet Psychiatry* (Vol. 1, Número 5, pp. 377–387). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)
- Flôr, S. P. C., Torres, F. J. R., Silva, M. da C. A., Aguiar, L. C. de, Fialho, M. L. de S., Sousa Castro, M. do S., Sales, P. A. A., Bento, F. V. F. S., & Lima, J. L. de. (2022). Impactos do transtorno de ansiedade em adolescentes: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(15), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37344>
- Freitas, D., & Mendes, R. (2020). Treino de Autocontrolo. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental* (1.^a ed., pp. 196–198). Lidel.
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 242–250. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>
- Freijan, A. M., Graf, P., Kirchhoff, S., Glinphratum, G., Bollweg, T. M., Sauzet, O., & Bauer, U. (2021). The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
- Fundação José Neves. (2023). *Saúde Mental APP 29k FJN* . <https://www.joseneves.org/29-k-fjn>

- Garcia, A., & Eiró-Gomes, M. (2023). Qualidade dos folhetos informativos sobre saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18(45), 1–12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3499](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3499)
- Garcia, I., & O’Neil, J. (2021). Anxiety in Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.021>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2012). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 25(2), 241–255. <https://doi.org/10.14417/ap.443>
- Hammond, D. (2003). *The Science of Synthesis: Exploring the Social Implications of General Systems Theory* (1ª). University Press of Colorado.
- ICN. (2019a). *ICNP Browser: Anxiety*. ICNP Browser.
- ICN. (2019b). *ICNP Browser: selfcontrol*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- JBI. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan, Eds.). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro da Assembleia da República. *Código Deontológico Ordem dos Enfermeiros*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei nº 35/2023, de 21 de julho da Assembleia da República. *Lei de Saúde Mental*. Diário da República, Série I, n.º 141. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- McFarlane, W. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. The Guilford Press.
- McGovern, C. M., Arcoletto, K., & Melnyk, B. (2019). COPE for Asthma: Outcomes of a Cognitive Behavioral Intervention for Children With Asthma and Anxiety. *SCHOOL PSYCHOLOGY*, 34(6), 665–676. <https://doi.org/10.1037/spq0000310>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice* (A. I. Meleis, Ed.). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (Lippincott Williams & Wilkins, Ed.; 5th ed.).

- Melnyk, B. M. (2024). The evidence-based COPE program. *NURSE PRACTITIONER*, 49(3), 40–47. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000000000000152>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. Em *PLoS Medicine* (Vol. 6, Número 7). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4.^a ed.). Elsevier Editora.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº6)*, 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20133>
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., & David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 152(1), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Understanding Psychosis*. <https://nationalepinet.org>.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Oliveira, T. A., & Oliveira, A. A. (2020). A percepção da ansiedade pelos adolescentes. Em *VI Seminário Científico do UNIFACIG* (Número 6). UNIFACIG.
- OPAS. (2023). *Dia da Saúde Mental 2023*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-saude-mental-2023>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE ® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista. Em *Ordem dos Enfermeiros*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção Psicoterapêutica* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1ª Edição digital). Papa-Letras. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Parker, M., & Smith, M. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice* (3.ª ed.). F.A. Davis Company.
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2024). Scoping Reviews. Em E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- PORDATA. (2021). *Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. <https://www.pordata.pt/>. <https://www.pordata.pt/>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Em *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 30, Número 2, pp. 183–211). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de*

Saúde Mental. Diário da República, 2.^a série, n.º 122.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

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

Reich, D., Evans, S., & O'Shea, M. (2022). Stakeholder views on mindfulness for youth at risk for psychosis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING*, 31(6), 1390–1404. <https://doi.org/10.1111/inm.13038>

Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. Em F. Sampaio & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.^a ed., pp. 128–130). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 11–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>

Sanches, C., & Jorge, A. (2024). Forças e processos de resiliência em famílias com filhos adolescentes: um contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2 (ed. especial)(14 (e31402)). <https://doi.org/10.29352/mill0214e.31402>

Santos, R. L., Sousa, M. F. B. de, Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(4), 161–167. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009>

Sapthiang, S., Van Gordon, W., & Shonin, E. (2018). Mindfulness in Schools: a Health Promotion Approach to Improving Adolescent Mental Health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(1), 112–119. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0001-y>

- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda. .
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (7.ª ed.). F.A.Davis,cop.
- Simões, R., Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M., Loureiro, C., Marques, L. A., Quaresma, H., & Matos, E. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 41–49. <https://doi.org/10.1159/000486468>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Tetzchner, S. von. (2019). *Child and Adolescent Psychology: typical and atypical development*. Routledge.
- Thomas, V., & Priest, J. B. (2016). Family Therapy. Em H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)* (Second Edition, pp. 235–239). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00179-8>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado de Prática Baseada na Evidência* (6.ª ed.). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Em *Annals of Internal Medicine* (Vol. 169,

Número 7, pp. 467–473). American College of Physicians.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, C. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psycologia*, 53, 353–378.

United Nations General Assembly. (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations.

Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011–1016. www.actamedicaportuguesa.com

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=DFM0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&ots=g5ZRvzLQ0t&sig=stRgvCUu72PISlqjXTLgWRNI4jM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2020a). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2020b, Outubro 19). *Adolescent health and development*. World Health Organization web page. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1

World Health Organization. (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013_2030*.

World Health Organization. (2021b, Novembro 17). *Mental health of adolescents*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization. (2022). *Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

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

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Roca.

Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M., Matos Pires, A., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., & Sena e Silva F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Programa de Psicoeducação Unifamiliar



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2022/2023

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

**PROGRAMA PARA A ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NO PRIMEIRO
EPISÓDIO PSICÓTICO**

Coimbra, Junho de 2023

INTRODUÇÃO

Este programa de psicoeducação para a aceitação do estado de saúde no primeiro episódio psicótico foi elaborado no contexto do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tem como finalidade a aceitação do estado de saúde da pessoa que experienciou um primeiro episódio psicótico e sua família/pessoas significativas, facilitando assim o processo de transição saúde-doença.

A aceitação, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019), diz respeito a um mecanismo de *coping* que prevê a redução ou eliminação das barreiras, apreensões ou tensões. Uma mudança a nível do estado de saúde, prevê um processo de consciencialização e aceitação da nova condição de saúde, facilitando assim a adesão ao regime terapêutico e a diminuição de episódios de agudização (Vanelli et al., 2010). Os mesmos autores reforçam que a ausência de *insight*, ou consciência da doença, é frequente em doentes com perturbações psicóticas, constituindo um importante fator preditivo do curso da doença, nomeadamente a nível de uma maior duração da psicose, baixo nível de adesão terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais (Vanelli et al., 2010). Deste processo decorrem também, elevados níveis de *stress* e ansiedade para a família (Brito, 2021).

Estes dados são particularmente importantes na transição saúde/doença, que se relaciona com mudanças súbitas de papel, resultantes da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde (Meleis, 2010). Sendo a ansiedade entendida enquanto uma emoção negativa, composta por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2019), está associada ao desconhecido, o que pode acontecer num primeiro episódio psicótico.

O *insight* é um fenómeno multidimensional, que pode variar ao longo da doença, devendo ser considerados os aspetos culturais (Vanelli et al., 2010). A manutenção das funções neurocognitivas são um pré-requisito para o *insight*, assim como parece estar associado às funções complexas do pensamento como a metacognição e cognição social (Nair et al., 2014).

Segundo Korsbek (2013), a aceitação da nova condição de saúde está também condicionada pela forma como a pessoa vê a sua doença, o efeito negativo do estigma e autoestigma, a autoestima e baixos níveis de esperança. O estigma relacionado com

a doença mental provém do medo do desconhecido e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros prevê que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), através dos seus conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico, é capaz de “*aumentar o insight sobre os problemas e melhorar a capacidade de encontrar novas vias de resolução*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427), sendo que uma intervenção do EESMP com resultados eficazes na promoção do *insight* são os programas de psicoeducação, pelo facto de fornecem informação sobre as doenças mentais (diagnóstico, etiologia, sinais e sintomas, prognóstico), o tratamento, realçando a importância da adesão terapêutica (Buchman-Wildbaum et al., 2020) e suporte emocional, ajudando a gerir as emoções e as expectativas (Amaral, Almeida e Sousa, 2020).

Desde os anos 90 que a evidência aponta para que a intervenção na família, quer em sessões de grupos multifamiliares, quer unifamiliares, se associa a uma significativa redução da taxa de readmissão hospitalar, menos dias de internamento, melhoria nos sintomas positivos e no funcionamento social (Coentre, Levy & Figueira, 2011). Para os mesmos autores, esta intervenção deve consistir na psicoeducação, enfatizando a identificação de sinais de alarme, gestão de stress, treino de capacidades de comunicação e redução da elevada expressão emocional (redução do criticismo e hostilidade familiar).

Este programa tem por base os princípios da intervenção psicoeducacional, que prevê o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Dochterman e Bulechek, 2008, referenciados por Amaral et al., 2020) e da intervenção familiar, cujo foco consiste na promoção de mudanças a nível do domínio cognitivo, afetivo ou comportamental do funcionamento da família, respeitando os princípios da circularidade da comunicação, neutralidade e formulação de hipóteses (Shajani & Snell, 2019)

Numa família, os seus elementos encontram-se em constante interação dinâmica. O bom ou mau funcionamento familiar influencia as interações entre os seus elementos e, desse modo, o estado de saúde ou doença pode ser alterado (Wright & Leahey, 2012).

Sabendo que nas situações em que um dos elementos da família sofre uma dada alteração, podem surgir eventos promotores de *stress* e desequilíbrio, sendo necessário

que cada membro da família efetue ajustes/mudanças que possibilitem a adaptação às novas realidades, de acordo com a sua função dentro da própria família (Alarcão, 2002).

Simultaneamente, os objetivos das intervenções familiares incluem-se neste programa de psicoeducação, nomeadamente: estabelecer uma aliança de cooperação entre os familiares e os profissionais de saúde; diminuir o *stress* e a sobrecarga, pela redução do ambiente emocional no seio familiar; incentivar a capacidade de os familiares anteverem e resolverem problemas; reduzir sentimentos de hostilidade e culpa; incentivar mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares (Townsend, 2011).

A proposta deste programa é uma abordagem híbrida, que resgata orientações do Modelo de Falloon, que pressupõe uma abordagem unifamiliar, e incluiu uma sessão de psicoeducação multifamiliar como follow-up, segundo o modelo de Mcfarlane adotado na Unidade de Psicose. Ambos os modelos são dirigidos a pessoas com esquizofrenia e suas famílias, contudo, e considerando que a psicose, sua gestão e consequências, fazem parte da esquizofrenia, considera-se passível de adaptar os referidos modelos à pessoa que viveu um primeiro episódio psicótico e sua família.

O modelo de Falloon foi originalmente validado para famílias de pessoas com doença psicótica, nomeadamente com diagnóstico de esquizofrenia, e é nesse contexto clínico que tem sido mais largamente aplicado (Gonçalves-Pereira et al., 2012). Este preconiza uma abordagem unifamiliar (responsabilidade perante a família como sistema (e perante cada membro da família em particular); Modelo pedagógico psicoeducativo participado (discussão da informação relacionada com a doença, promovendo a aquisição de competências específicas que permitam lidar com ela; Treino de competências genéricas de comunicação e resolução de problemas; Focalização em estratégias cognitivo-comportamentais (Intervenção com objetivos precisos, tendencialmente breve mas com possibilidade de sessões de manutenção); Não se abordam diretamente o *insight*, as “emoções expressas”, a estrutura familiar e os problemas vividos pela família, exceto no decurso de crises graves, sobretudo nas fases iniciais da intervenção (Gonçalves-Pereira et al., 2012).

APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA

Nome: Conhecer para aceitar

Contexto: Unidade de Psicose do Hospital Sobral Cid

Finalidade: Facilitar a transição saúde-doença, promovendo o bem-estar da pessoa e família na vivência do processo de doença, prevenindo a ocorrência de uma recaída.

Objetivos:

- Diminuir os níveis de *stress* e ansiedade da pessoa e família associados ao confronto com o diagnóstico de primeiro episódio psicótico
- Aumentar os conhecimentos da pessoa e família sobre a psicose/primeiro episódio psicótico
- Capacitar a pessoa/família para a gestão da doença
- Aumentar o *insight* da pessoa sobre a doença
- Promover a aceitação do estado de saúde da pessoa e família relativamente à psicose
- Facilitar o regresso a casa
- Promover a diminuição do estigma associado à doença mental.

População alvo/ critérios de inclusão: Doentes internados na Unidade de Internamento do Primeiro Episódio Psicótico e sua família/pessoas significativas

Duração: 5 semanas

Recursos: sala ampla, computador, projetor, papel, canetas

Parcerias: Enfermeiros tutores e restantes EESMP do serviço envolvidos no projeto de psicoeducação

Metodologia: Para a elaboração deste programa foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da EBSCOhost, acedendo à evidência científica mais recente, mas também a documentos que regulamentam as boas práticas a nível dos cuidados de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Foi também consultado o programa de

Psicoeducação para Utentes e famílias aplicado na Unidade de Internamento do Primeiro Episódio Psicótico (UIPEP).

O programa contempla o uso de metodologias expositivas e ativas, que promovam o aumento de conhecimentos sobre a temática, favorecendo a expressão de emoções por parte da pessoa e família e exercícios práticos.

Atividades a desenvolver: O programa contempla em 8 sessões (Apêndice 6), com duração entre 30-40 minutos, conforme tolerância e interesse dos participantes:

- 2 sessões individuais de avaliação inicial, uma com o utente e outra com a família, para colheita de dados e aplicação dos instrumentos de avaliação inicial;
- 4 sessões de psicoeducação unifamiliar, para fornecer informação sobre a psicose e estratégias de prevenção de recaídas, esclarecer dúvidas e ajudar a família a focar-se nas suas forças e recursos de forma a adaptar-se à nova realidade;
- 1 sessão final unifamiliar para aplicação de instrumentos de avaliação final, recolher feedback sobre as sessões anteriores e, se pertinente, isto é, se a família e utente demonstrarem apresentar conhecimento consolidado e consciência da realidade, terminar com intervenção de promoção de esperança (uma esperança realista, focada nas capacidades e pontos fortes da pessoa e família).
- 1 sessão de *follow-up*, de psicoeducação multifamiliar, incluindo o utente e família no projeto já existente no serviço.

No início de cada sessão são apresentados os objetivos da sessão e a sua duração, e no final é feito um resumo da sessão, com reforço positivo à pessoa e família. No início do projeto, é solicitado o consentimento informado ao doente, assim como à sua família, para participar no programa, informando que a informação recolhida pelos instrumentos de avaliação, será utilizada apenas no âmbito do programa.

No apêndice 1 encontra-se esquematizado as atividades a desenvolver por sessão.

Avaliação dos Resultados:

Como instrumentos de avaliação inicial e final será utilizada a versão portuguesa da *Marková and Berrios Insight Scale* (Anexo 1), um instrumento de autopreenchimento que permite avaliar o insight na doença psicótica, traduzida e validada por Vanelli e colaboradores (2010), para a população portuguesa, apresentando uma boa consistência interna ($\alpha = 0,83$). A avaliação fiável do nível de insight nas perturbações psicóticas assume particular importância, de forma a desenvolver e adequar estratégias para melhorar o decurso da doença (Vanelli et al., 2010). A escala de insight desenvolvida pelos autores Marková e Berrios et al., avalia a visão do indivíduo que tem uma psicose acerca de si próprio, bem como daquilo que o rodeia (Cardoso, 2007). Em termos de cotação, o *insight* foi considerado presente (e consequentemente classificado como 1) para as respostas positivas aos itens 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 e para as respostas negativas os itens 2, 7, 12, 20, 23, 28-29. A pontuação de 30 indica insight total e a de 0, sem insight (Cardoso, 2007).

Para aceder à função cognitiva do utente será utilizada a MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (Anexo 2), já que pode ser um dos fatores que condicionam o *insight*. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Freitas e colaboradores (2012), consistindo numa ferramenta de análise cognitiva breve, que providencia uma rápida indicação do nível cognitivo global do indivíduo. É um instrumento de rápida aplicação, correspondendo a um conjunto de tarefas que acedem a funções cognitivas como a memória, atenção, linguagem, entre outras. A cada tarefa é atribuída uma pontuação, consoante o grau de sucesso, sendo que a pontuação total deriva da soma da totalidade dos pontos obtidos, variando entre 0 e 30 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor é o desempenho cognitivo, sendo o ponto de corte para défice cognitivo ligeiro considerado nos 22 pontos (S. Freitas et al., 2012).

No que diz respeito à avaliação dos níveis de *stress* do doente e família será aplicada a *Escala de Perceção de Stress* (10 item) (Anexo 3), um dos instrumentos de relato pessoal mais utilizados na avaliação global do stresse e até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores do stresse, em consequência do seu carácter imprevisível, incontrolável ou excessivo (Trigo et al., 2010). A cotação do instrumento é feita através da soma da pontuação de cada item, sendo necessário considerar a inversão da cotação nos itens 4, 5, 7 e 8. Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de *stress* (Trigo et al., 2010).

Para avaliar os níveis de ansiedade do utente e família é utilizado o Inventário de ansiedade de Beck (Anexo 4), sendo um questionário composto por 21 itens que descrevem diversos sintomas de ansiedade. Os utentes respondem a cada uma das questões numa escala que vai desde "absolutamente nada" a "gravemente, quase não podia suportá-lo". O instrumento discrimina adequadamente entre grupos de pessoas com e sem transtorno de ansiedade, correspondendo a pontuação obtida através da soma dos itens, à respetiva escala.

São também utilizados Indicadores de resultado (NOC): *Conhecimento: Processo de Doença* (1803), através da aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos sobre o primeiro episódio psicótico (Apêndice 3), que será aplicado na primeira e última sessão e *Aceitação: Estado de Saúde* (1300), cuja avaliação inicial é feita na primeira sessão e a final na última sessão.

No final de cada sessão e no final do programa são aplicados questionários para avaliação da sessão (Apêndice 4), por forma a ajustar e adequar conteúdos às necessidades sentidas pelo utente e família, e avaliação do programa (Apêndice 5), enquanto estratégia para a melhoria contínua do programa.

A tabela seguinte esquematiza quais os instrumentos aplicados ao doente e à família.

Instrumento	Aplicação ao utente	Aplicação à família
Escala de avaliação de <i>insight</i> de Marková e Berrios	X	
<i>Montreal Cognitive Assesement</i>	X	
Escala de Perceção de <i>Stress</i>	X	X
Inventário de Ansiedade de Beck	x	x
Indicadores NOC <i>Conhecimento: Processo de Doença</i>	X	X
Indicadores NOC <i>Aceitação: Estado de Saúde</i>	X	x

Questionário de avaliação da sessão	X	X
Questionário de avaliação da sessão	x	X

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prevê-se que com este programa se melhore a aceitação do estado de saúde e *insight* na pessoa que experienciou um primeiro episódio psicótico e que se reduzam os níveis de ansiedade e *stress* percebidos pela pessoa e família através do aumento de conhecimentos sobre a psicose e estratégias para gerir a doença.

Uma vez que programa foi desenhado no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está condicionado pelo curto espaço de tempo em que deve ser colocado em prática, o que se identifica à priori como uma limitação. A sua aplicação num maior período de espaço temporal seria certamente vantajosa, pois permitiria a realização de mais sessões de psicoeducação, facilitando a apropriação de conhecimentos e uma consciencialização para o atual estado de saúde mais gradual e eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica. (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L. (2020) – Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*, 174- 176. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Brito, L. (2021). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia* (1st ed.). Grácio Editor.
- Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 449–457. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.009>
- Cardoso, A. M. P. (2007). *Estudo sobre o Insight em pessoas com psicose* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <https://core.ac.uk/download/pdf/303712055.pdf>
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2011). Intervenção Precoce na Psicose - Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 117–126.
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 242–250. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2012). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 25(2), 241–255. <https://doi.org/10.14417/ap.443>
- Gronholm, P. C., Thornicroft, G., Laurens, K. R., & Evans-Lacko, S. (2017). Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1867–1879. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000344>

- Hayes, L., Herrman, H., Castle, D., & Harvey, C. (2017). Hope, recovery and symptoms: the importance of hope for people living with severe mental illness. *Australasian Psychiatry*, 25(6), 583–587. <https://doi.org/10.1177/1039856217726693>
- International Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®): Versão de 2019*. Genebra: International Council of Nurses. Consultado em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Korsbek, L. (2013). Illness insight and recovery: How important is illness insight in peoples' recovery process? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 222-225. DOI:10.1037/prj0000018
- Moritz, S., Mahlke, C. I., Westermann, S., Ruppelt, F., Lysaker, P. H., Bock, T., & Andreou, C. (2018). Embracing Psychosis: A Cognitive Insight Intervention Improves Personal Narratives and Meaning-Making in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 307–316. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx072>
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., & David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 152(1), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, pp. 21427 – 21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Shajani, Zhara; Snell, Diana (2019). Wright & Leahey's nurses and families : a guide to family assessment and intervention. 7ª Ed. Philadelphia: F. A. Davia, cop.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, C. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psycologia*, 53, 353–378.
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011–1016. www.actamedicaportuguesa.com
- Veltri, L., Wilson-Mitchell, & O'Mahony, J. M. (2018). Family Nursins with Childbearing Families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steel, & M. Robinson (Eds.), *Family Health Care Nursins* (6th ed., pp. 357–387). F.A. Davis Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Organização das sessões

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
1 (Utente)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do programa, do EESMP; • Avaliação da função cognitiva através da MoCA (Anexo2); • Aplicação da Escala de <i>Insight</i> de Marková & Berrios (Anexo 1); • Preenchimento da escala de perceção do stress (Anexo 3); • Preenchimento do inventário de ansiedade de Beck (Anexo 4);; • Questionar sobre expectativas relativamente ao programa. 	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação de confiança com o doente; • Promover ambiente de confiança, favorecedor da expressão de emoções; • Colher dados para a adequação de conteúdos a abordar nas sessões seguintes; • Colher dados para a avaliação final do programa. 		Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Análise dos resultados obtidos nos instrumentos; • Recolha e análise de dados qualitativos referentes às expectativas expressas; • Observação do comportamento e disponibilidade do doente durante a sessão.
Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.		

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
2 (Família)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do programa; • Preenchimento da escala de perceção do stress (Anexo 3); • Preenchimento do inventário de ansiedade de Beck (Anexo 4);; • Questionar sobre expectativas sobre o programa; • Permitir a expressão de emoções; • Executar escuta ativa. 	
Objetivos: Estabelecer relação de confiança com a família; <ul style="list-style-type: none"> • Promover ambiente de confiança, favorecedor da expressão de emoções; • Colher dados para a adequação de conteúdos a abordar nas sessões seguintes; • Colher dados para a avaliação final do programa. 		Avaliação: Análise dos resultados obtidos nos instrumentos aplicados; <ul style="list-style-type: none"> • Recolha e análise de dados qualitativos referentes às expectativas expressas;
Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.		

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
<p>3 (Utente e família)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de questionário de avaliação inicial dos conhecimentos sobre psicose; • Introduzir conceito saúde/doença mental – o que é saúde mental, dados epidemiológicos OMS, DGS) • Definição de psicose (O que é; como se manifesta - sinais, sintomas, fisiologia da doença de forma breve e simples); • Fatores que podem contribuir para o primeiro episódio psicótico; • Possibilidades de curso da doença – importância da aceitação da doença, adesão ao regime terapêutico, prevenção de recaídas; • Promoção a discussão entre os membros da família, a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos do utente e família sobre a psicose • Diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade do utente e família • Diminuir o estigma e promover a aceitação do estado de saúde • Facilitar a comunicação e coesão familiar. 	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Indicadores NOC (conhecimento sobre o processo de doença; aceitação do estado de saúde) 	
<p>Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.</p>		

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
<p>4 (Utente e família)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo “Debate” sobre a sessão anterior*; • Potenciais complicações; • Benefício do controle da doença; • Estratégias de minimização da progressão da doença – promoção de um ambiente familiar favorável: técnicas de comunicação (assertividade), reforço positivo, evitar o criticismo, controlo excessivo; • Solicitar feedback sobre a sessão por escrito, de forma anónima. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a assimilação dos conteúdos abordados na sessão anterior; • Aumentar conhecimentos do utente e familiares sobre a gestão da doença; • Diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade do utente e família; • Diminuir o estigma e promover a aceitação do estado de saúde; • Facilitar a comunicação e coesão familiar. 		<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Análise das respostas escritas.
<p>Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.</p>		

*Dinâmica em que é projetada uma ideia mito sobre a psicose, que os presentes da sessão deverão debater, manifestando se concordam ou não com a ideia.

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
<p>5 (Utente e família)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brainstorming sobre os conteúdos da sessão anterior; • Estratégias de minimização da progressão da doença: adesão terapêutica (regime medicamentoso, exercício físico, alimentação e sono); • Importância da construção de um plano diário e semanal; • Solicitar ao utente e família a elaboração do plano diário e semanal em conjunto (TPC para a próxima sessão) • Solicitar feedback sobre a sessão por escrito, de forma anónima. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a assimilação dos conteúdos abordados na sessão anterior; • Aumentar conhecimentos do utente e familiares sobre a gestão da doença; • Diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade do utente e família; • Facilitar a comunicação e coesão familiar. 		<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Análise das respostas escritas.
<p>Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.</p>		

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
6 (Utente e família)	<ul style="list-style-type: none"> • Brainstorming sobre os conteúdos da sessão anterior; • Análise e discussão do plano diário e semanal como TPC; • Gestão de expectativas no regresso a casa: pedir a cada membro da família que se projete um ano após a alta; • Promoção da circularidade da comunicação entre os membros da família; • Reforço da informação sobre a psicose, as possibilidades da progressão da doença e a importância da adesão ao regime terapêutico. 	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir estratégias individualizadas para o utente e família que assegurem a reabilitação do utente no regresso a casa • Contribuir para o processo de • Promover a consciencialização do utente e família para a realidade do estado de saúde; • Facilitar a comunicação e coesão familiar. 		Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Análise das respostas
Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.		

Sessão	Desenvolvimento da sessão	
7 (Utente e família – sessão final)	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar conteúdos das sessões anteriores através de <i>brainstorming</i> • Entrega de folheto informativo sobre Estratégias para o regresso a casa (Apêndice 6) • Preenchimento dos instrumentos de avaliação final: Escala de <i>insight</i>* (para o utente), Escala de Perceção do <i>stress</i>, Inventário de ansiedade de Beck, questionário de avaliação final dos conhecimentos sobre psicose e questionário de avaliação do programa (para utente e família) • Solicitar feedback sobre a sessão e programa, de forma anónima. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar conhecimentos do utente e família sobre a psicose e estratégias de prevenção da doença • Diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade do utente e família • Reforçar a união e apoio familiar. 	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Análise das respostas aos instrumentos aplicados • Indicadores NOC (conhecimento sobre o processo de doença; aceitação do estado de saúde) 	
<p>Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.</p>		

*Pelo utente; **Pelo utente e família

Sessão 8	Desenvolvimento da sessão	
<p><i>Follow-up</i> (Psicoeducação multifamiliar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com o previsto no programa de psicoeducação multifamiliar da UIPEP. • Perceber como está a decorrer o regresso a casa: questionar sobre estratégias adotadas, sentimentos associados, esclarecimento de dúvidas. • Conversar com a família no final da sessão sobre como se sentiram • Solicitar feedback por escrito. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade do utente e família; • Diminuir o estigma e promover a aceitação do estado de saúde; • Promover o sentimento de identificação com o grupo. 	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação do utente e família na sessão; • Análise qualitativa das respostas do utente e família no final da sessão 	
<p>Recursos: sala ampla com mesa e cadeiras, material de escrita.</p>		

APÊNDICE 2 – Indicadores de resultado (NOC)

1. Indicadores de resultado para *Conhecimento: processo de doença (1803)*

Domínio: Conhecimentos e Comportamentos de saúde

Classe: Conhecimentos de saúde

Escala: Nenhum conhecimento – 1

Conhecimento limitado – 2

Conhecimento moderado – 3

Conhecimento Substancial – 4

Conhecimento amplo - 5

Indicador	Pergunta	Nível de conhecimento	
		Inicial	Final
Processo específico de doença (180302)	O que sabe sobre psicose?		
Causas e efeitos colaboradores (180303)	Quais os fatores que podem contribuir para o primeiro episódio psicótico?		
Sinais e sintomas da doença (180306)	Quais os sinais e sintomas da psicose?		
Curso usual do processo de doença (180307)	Qual/quais as possibilidades do curso da doença?		
Estratégias para minimizar a progressão da doença (180308)	Que estratégias podem ser adotadas para minimizar a progressão da doença?		
Complicações potenciais da doença (180309) Sinais e sintomas de complicações da doença (180310)	Nomeie as potenciais complicações da doença e como podem ser detetadas.		

Precauções para prevenir complicações da doença (180311)	Como podem ser prevenidas?		
Efeito psicossocial da doença sobre o indivíduo (180313) Efeito psicossocial da doença na família (180314)	Que mudanças a nível psicossocial podem ocorrer para si? E para a família?		
Benefícios do controle da doença (180315)	Qual o benefício do controle da doença?		

2. Indicadores de Resultado para a Aceitação: estado de saúde (1300)

Domínio: Saúde Psicossocial

Classe: Adaptação Psicossocial

Escala: Nunca demonstrado – 1

Raramente demonstrado 2

Algumas vezes demonstrado – 3

Frequentemente demonstrado 4

Consistentemente demonstrado – 5

Indicador	Nível de demonstração		Dados clínicos de avaliação
	Inicial	Final	
Abandono do conceito anterior de saúde pessoal (130002)			
Reconhecimento da realidade da situação de saúde (130008)			
Adaptação a mudanças no estado de saúde (130017)			

APÊNDICE 3 – Questionário de avaliação de conhecimentos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A PSICOSE

O que sabe sobre psicose?

Quais os fatores que podem contribuir para o primeiro episódio psicótico?

Nomeie os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de um episódio psicótico

Quais os sinais e sintomas da psicose?

Qual/quais as possibilidades do curso da doença?

Que estratégias podem ser adotadas para minimizar a progressão da doença?

Nomeie as potenciais complicações da doença e como podem ser detetadas.

Como podem ser prevenidas?

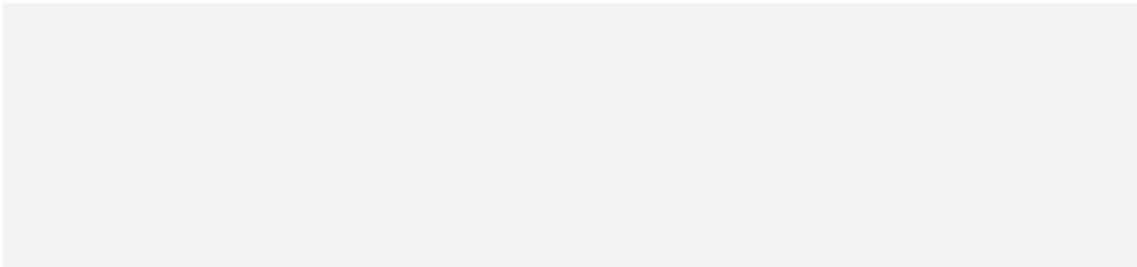
Que mudanças a nível psicossocial podem advir para si/o seu familiar? E para a família?

Qual o benefício do controle da doença?

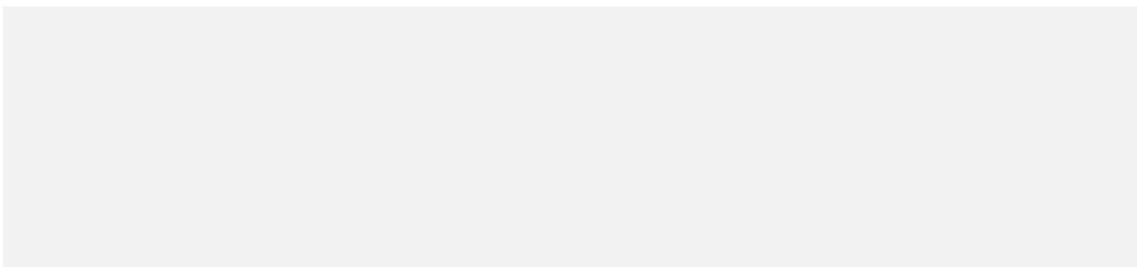
APÊNDICE 4 – Questionário de avaliação das sessões

A sua opinião é importante. Dê a sua opinião sobre a sessão:

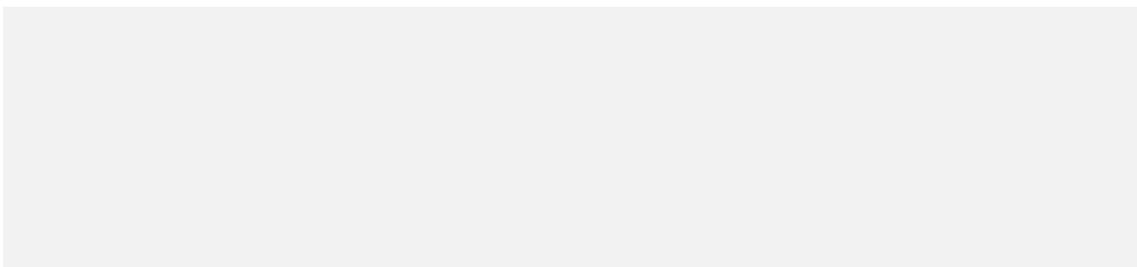
Considera que a sessão foi útil?



Que outros temas gostava de ver abordados?



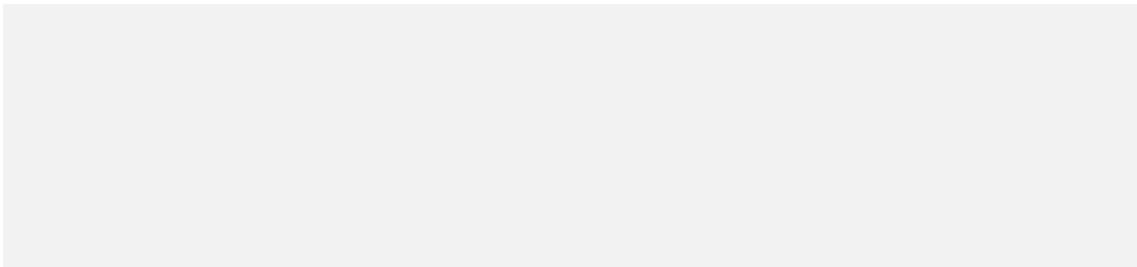
Indique aspetos a melhorar.



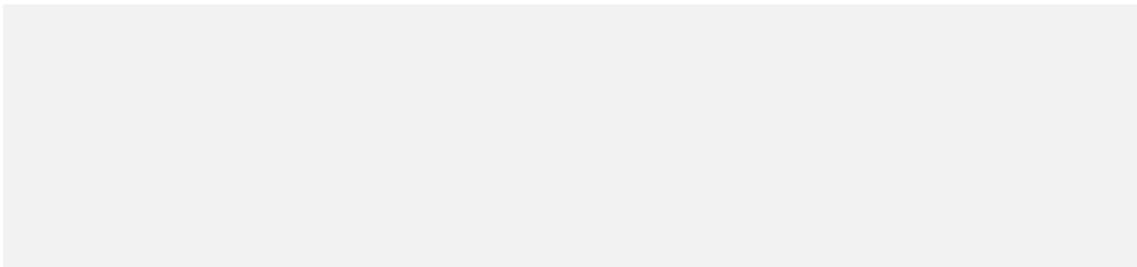
APÊNDICE 5: Questionário de avaliação do Programa de Psicoeducação Unifamiliar

Questionário de avaliação do programa:

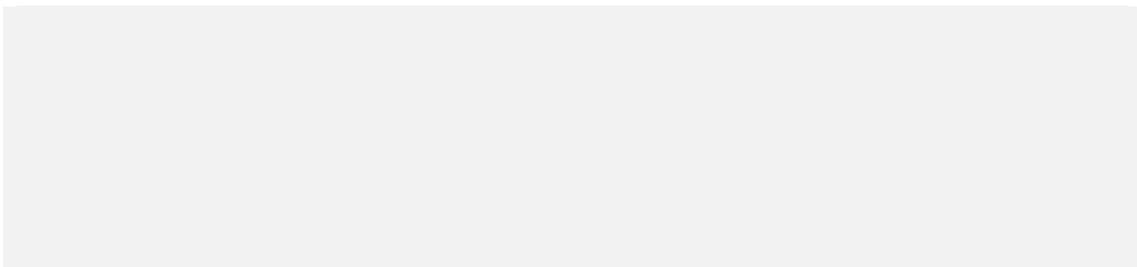
O que achou do programa de Psicoeducação Unifamiliar?



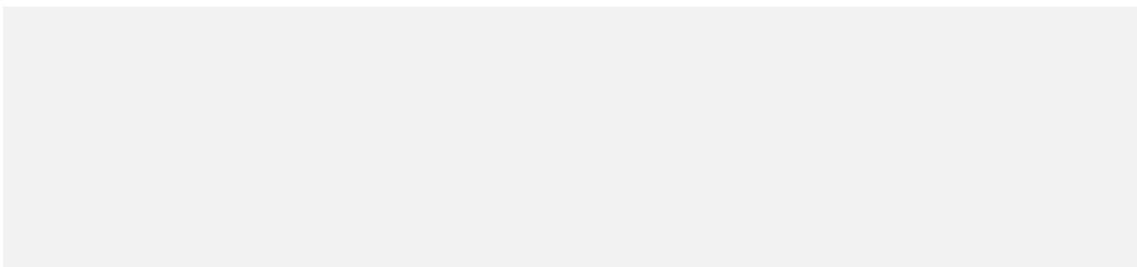
O programa supriu as suas necessidades?



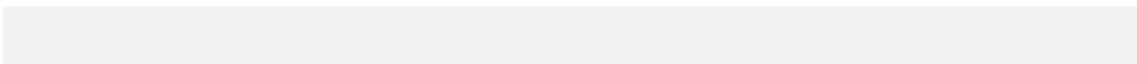
Indique os aspetos mais positivos.



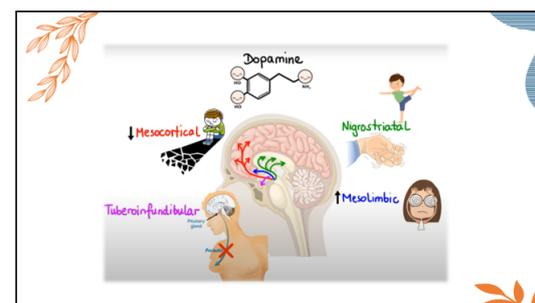
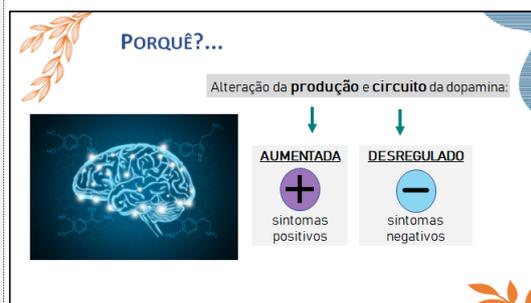
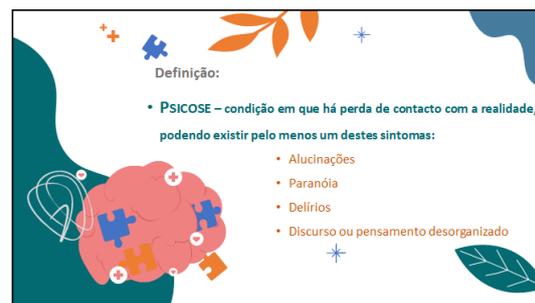
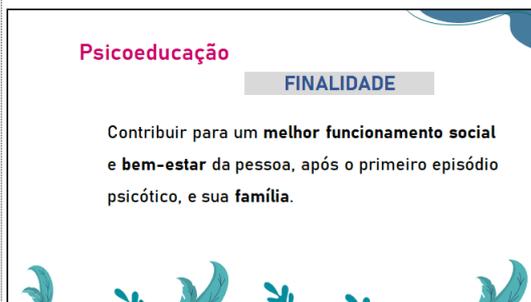
Indique os aspetos mais negativos.



Deixe as suas sugestões



APÊNDICE 6 – Diapositivos das sessões e folheto informativo com estratégias para o regresso a casa



PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO UNIFAMILIAR ++

Controlo da doença

DEBATE

OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL SÃO INCOMUNS

DEBATE

OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL SÃO DE ORIGEM PURAMENTE GENÉTICA

OBJETIVOS DA SESSÃO

1. Fornecer informação sobre estratégias de prevenção de recaídas
2. Capacitar pessoa e família para a gestão da doença
3. Diminuir os níveis de *stress* da pessoa e família associados à gestão da doença
4. Promover a comunicação entre os membros da família

RECAÍDA

Exacerbação dos sintomas psicóticos que implica internamento hospitalar ou novo contato com os serviços de saúde para além do acordado previamente com os utentes e famílias.

As recaídas podem ser consideradas **stressantes** para o utente que a vivencia.

Podem **comprometer** a recuperação psicossocial da pessoa e **aumentar o risco de resistência ao tratamento.**

As recaídas e os reinternamentos podem piorar o prognóstico da pessoa após o primeiro episódio psicótico e afetar sua qualidade de vida e da sua família

A ocorrência de um novo episódio psicótico pode ser **prevenida**, existindo **estratégias** que podem ser adotadas pela pessoa e família.

ESTRATÉGIAS

- Adesão terapêutica
- Reforço Positivo: Evitar crítico/controle excessivo
- Interação Social
- Exercício Físico
- Não consumir álcool nem drogas
- Rotinas: Cumprir horários de sono, refeições e toma da medicação

PLANO DIÁRIO

	Rotina	Horário
Manhã	Acoradar Higiene Pessoal Pequeno Almoço Medicação Atividades Almoço	
Tarde	Atividades Lanche	
Noite	Atividades Lançar Medicação Cena Medicação Dormir	

PLANO SEMANAL

SEGUNDA, TERÇA, QUARTA, QUINTA, SEXTA, SÁBADO, DOMINGO

ATIVIDADES A INCLUIR:

- Lazer
- Groupwork/Trabalho
- Atividade física/esporte
- Outras



SINAIS DE ALERTA

- Mudança no comportamento
- Isolamento Social
- Perda de interesse nas atividades do dia-a-dia
- Alteração do padrão de sono (dificuldade em dormir ou dormir demasiadas horas)
- Dificuldade no pensamento (em articular ideias, ou pensamento muito acelerado)
- Alteração do apetite

CONTACTOS



ESTRATÉGIAS PARA O REGRESSO A CASA

As recaídas e os reinternamentos podem piorar o prognóstico da pessoa após o primeiro episódio psicótico e afetar sua qualidade de vida e da sua família

A ocorrência de um novo episódio psicótico pode ser **prevenida**, existindo **estratégias** que podem ser adotadas pela pessoa e família.



ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS:

Definir e cumprir uma **rotina diária**;

- horários de acordar/deitar, das refeições, de atividades e da **toma da medicação**;

Manter-se ocupado;



Definir objetivos;

Procurar atividades de interação social - sair de casa, conviver;

Praticar exercício físico;



Não consumir álcool nem drogas;

Pedir ajuda se sentir que algo não está bem.



ESTRATÉGIAS PARA A FAMÍLIA:

Valorizar cada conquista - dar **Reforço Positivo**;



Evitar criticismo;

Promover a autonomia (evitar o controlo excessivo);

Retomar a normalidade do dia-a-dia - não se esqueça de cuidar de si!

Respeitar a individualidade de cada membro da família;

Simplificar o dia-a-dia;

Estar atento a mudanças do comportamento habitual;

Em caso de necessidade, contactar o serviço.



ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de avaliação de Insight de Marková e Berrios

Escala de Insight

Versão Portuguesa [Vanelli, 2010]

Por favor leia cada frase e escolha qual a opção que melhor se aplica a si.
Não há respostas certas ou erradas: dê a sua opinião.

1. Sinto-me diferente do que sou normalmente	Sim	Não
2. Não há nada de errado comigo	Sim	Não
3. Estou doente	Sim	Não
4. As pessoas em torno de mim parecem diferentes	Sim	Não
5. Não me sinto parte de nada	Sim	Não
6. Tudo parece desorganizado	Sim	Não
7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo	Sim	Não
8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes	Sim	Não
9. Sinto-me pouco à vontade	Sim	Não
10. Tenho dificuldades em pensar	Sim	Não
11. Nesta altura, sofro de problemas dos nervos	Sim	Não
12. Tudo à minha volta está diferente	Sim	Não
13. Estou a perder o contacto comigo mesmo	Sim	Não
14. É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço	Sim	Não
15. Algo de estranho me está a acontecer	Sim	Não
16. Quero saber porque me sinto assim	Sim	Não
17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente	Sim	Não
18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população	Sim	Não
19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos	Sim	Não
20. Não estou doente, mas estou cansado	Sim	Não
21. Sinto que a mente me está a fugir	Sim	Não
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia	Sim	Não

23. Tudo me parece agora mais claro do que nunca	Sim	Não
24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim	Sim	Não
25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada	Sim	Não
26. Tudo parece diferente à minha volta	Sim	Não
27. As coisas já não fazem sentido	Sim	Não
28. O meu problema principal é a minha saúde física	Sim	Não
29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente	Sim	Não
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda	Sim	Não

ANEXO 2 – Montreal Cognitive Assesment

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Versão Experimental Brasileira
 Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos		
				[] Contorno [] Números [] Ponteiros		___/5		
NOMEAÇÃO								
						___/3		
MEMÓRIA								
Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos			Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa						
		2ª tentativa						
ATENÇÃO								
Leia a seqüência de números (1 número por segundo)		O sujeito deve repetir a seqüência em ordem direta [] 2 1 8 5 4				___/2		
		O sujeito deve repetir a seqüência em ordem indireta [] 7 4 2						
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1		
Subtração de 7 começando pelo 100		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3	
		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto						
LINGUAGEM								
Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.		[]	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala.		[]	___/2		
Flúência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).		[] _____	(N ≥ 11 palavras)			___/1		
ABSTRAÇÃO								
Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta		[]	trem - bicicleta	[]	relógio - régua	___/2		
EVOCAÇÃO TARDIA								
Deve recordar as palavras SEM PISTAS		[]	[]	[]	[]	[]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
OPCIONAL		Pista de categoria						
		Pista de múltipla escolha						
ORIENTAÇÃO								
[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade						___/6		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)						TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade ___/30		

Fonte: Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 242–250. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>

ANEXO 3 – Escala de Percepção de Stress (10 item)

Nome _____

Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma

	Nunca	Quase nunca	Algumas	Frequentemente	Muito
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, *Revista Psychologica*, 53, 353-378. Email: miguel.trigo70@gmail.com

ANEXO 3 – Inventário de Ansiedade de Beck

Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado(a) por cada um dos sintomas durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	0 <u>Absolutamente não</u>	1 <u>Levemente</u> Não me incomodou muito	2 <u>Moderadamente</u> Foi muito desagradável, mas pude suportar	3 <u>Gravemente</u> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado (a) ou tonto (a)				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio/inseguro(a)				
9. Aterrorizado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado (rubor facial)				
21. Suor (não devido ao calor)				

INTERPRETAÇÃO

0 a 10 pontos: dentro do limite mínimo (ansiedade mínima) 11 a 19 –
ansiedade leve
20 a 30 – ansiedade moderada
31 a 63 ansiedade grave

APÊNDICE 2 – Folheto Consulta da primeira Infância

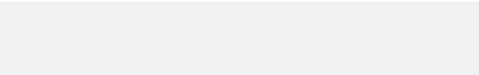
Crianças que podem ser utentes da EPIC:

Crianças entre 0-5 anos com alterações de saúde mental manifestadas através de:

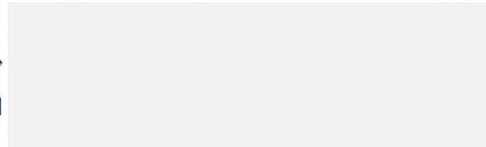
- Alteração do padrão de comportamento com duração superior a 1 mês (ex: irrequietude, agressividade para consigo e para com os outros);
- Birras intensas que se mantêm após os 3 anos;
- Comportamento de oposição e desafio marcados, que interferem com as atividades de vida diária (ex: recusa em ir à escola ou cumprir regras);
- Ansiedade ou medo excessivo;
- Problemas alimentares (ex: recusa alimentar, alimentação restritiva ou bizarra, por ingestão de não alimentos);
- Alterações no sono;
- Dificuldades na interação social com outras crianças e adultos;
- Comportamentos repetitivos, ritualizados e tiques;
- Mutismo seletivo (não fala em determinados contextos, como a escola).

A **intervenção certa**, no **momento certo** e **o mais precocemente possível** pode neutralizar potenciais complicações futuras na saúde mental da criança e impulsionar o seu desenvolvimento.

Serviço de Pedopsiquiatria



Contactos:



Bibliografia

- UNICEF (2024). A importância dos primeiros anos de vida. Disponível em <https://www.unicef.pt/a-importancia-dos-primeiros-anos-de-vida/>
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (2023). Documento Orientador para Equipa Multidisciplinar da Primeira Infância.

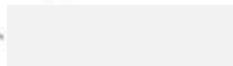
Serviço de Pedopsiquiatria

Consulta da Primeira Infância - Um Guia explicativo -



Informação para Pais/Cuidadores

Espaço reservado para codificação do documento



O que é a Primeira Infância?

A primeira Infância diz respeito aos **primeiros cinco anos de vida da criança**.

Nesta etapa, o cérebro da criança desenvolve-se a grande velocidade, pelo que este período representa uma oportunidade única para o pleno desenvolvimento da criança, na **capacidade de aprender, crescer, estabelecer relações saudáveis** e de **contribuir para a sociedade**.

Nos primeiros anos de vida, **a relação com o adulto cuidador** torna-se essencial para o desenvolvimento cerebral, a saúde mental e bem-estar da criança ao longo da vida, o que se refletirá na idade adulta.

A primeira infância apresenta uma **janela incomparável de oportunidades para fazer a diferença na vida de uma criança**.



O que é a consulta de Primeira infância?

A consulta da Primeira Infância desenvolve-se na consulta externa do **Serviço de Pedopsiquiatria** e é dirigida a crianças entre os **0 e os 5 anos de idade**.

Esta consulta tem como objetivos:

- **Promover a Saúde Mental**
- **Prevenir a Doença Mental**
- **Tratar a Doença Mental na Infância**

COMO?

- Através de **intervenção terapêutica** direta com a criança e com os seus pais/cuidadores;
- Habilitação/capacitação dos pais/cuidadores para a gestão do comportamento da criança e estimulação do seu desenvolvimento, dotando-os com **informação** e **estratégias** que sejam promotoras do desenvolvimento da criança;
- Articulação com os serviços da comunidade:
 - Centros de saúde;
 - Creches/Jardins de Infância;
 - Equipas de intervenção precoce;
 - Instituições de Acolhimento;
 - Outros.

A Equipa

O trabalho é desenvolvido por uma equipa composta por **diferentes profissionais especializados em Saúde Mental**.

Equipa de Primeira Infância de Coimbra

- EPIC -

Médicos Pedopsiquiatras
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Terapeuta Ocupacional
Psicóloga Clínica
Educadoras de Ensino Especial
Assistente Social



A sua função consiste na **Avaliação, Diagnóstico e Intervenção terapêutica** de crianças nos primeiros 5 anos de vida.



APÊNDICE 3 – Folheto Jogo Patológico *online*

Dicas para os Pais/cuidadores

Classificação PEGI (Pan-European Game Information)

Classificação que traduz a **adequação do conteúdo a cada faixa etária** e o **tipo de conteúdo** que o jogo possui, disponível na caixa do videogame ou na loja digital.

Rótulos do PEGI



Jogo com conteúdo adequado a todas as idades, a partir dos 3 anos.



Jogo com **imagens ou sons** que podem ser **assustadores** para crianças mais novas. Adequado a partir dos 7 anos.



Jogo que retrata **violência contra personagens fictícias**, adequado a **crianças com mais de 12 anos**.



Jogo para **maiores de 16 anos**, com representação de **violência** ou **atividade sexual**, semelhante à realidade. Pode conter **linguagem obscena**, **consumo de tabaco**, **álcool** e **drogas**.



Jogo para **adultos**, com nível de **violência muito elevado**, representação de **matança** sem motivo aparente ou **violência contra personagens indefesos**. "Glamorização" do **uso de drogas ilegais** e a **atividade sexual explícita**.

Descritores de conteúdo do PEGI



Serviço de Pedopsiquiatria

Contactos:



Bibliografia

Pellegrine, M.J. (2007). A importância dos jogos e das brincadeiras na educação infantil. Pontifícia universidade católica de São Paulo faculdade de educação.

Tisseron S. (2013) 3- 6- 9-12: Computadores, telemóveis e tablets. Como crescer e progredir com eles. Gradiva

Pan-European Game Information (2023). Classificações PEGI. <https://pegi.info/pt-pt>

Serviço de Pedopsiquiatria

Jogo Patológico *online*



Informação para Pais/Cuidadores

Espaço reservado para codificação do documento

O Jogo

O jogo existe desde as culturas mais primitivas.

Contudo, o aparecimento das **novas tecnologias** trouxe mudanças significativas na sociedade e nas pessoas.

VIDEOJOGOS

VANTAGENS:

- o Melhoram **capacidade de atenção/concentração**, a capacidade de **resolução de problemas**.

DESVANTAGENS

- o **Sociais** (alteração das relações familiares e de amizade, o isolamento);
- o **Escolares** (diminuição do rendimento escolar);
- o **Familiares** (conflitos familiares quando é solicitado à criança deixar de jogar, omissão do nº de horas de jogo);
- o **Saúde** (descuido higiene pessoal, hábitos de sono pouco saudáveis, saltar refeições, consumir alimentos pouco saudáveis, sedentarismo);
- o **Psicológicas** (humor deprimido, baixa autoestima, ansiedade, baixa tolerância à frustração, raiva e sentimentos de culpa e vergonha por não conseguirem controlar os seus comportamentos de dependência).

O papel dos pais/cuidadores

Os pais/cuidadores têm um **papel fundamental** na **prevenção de problemas** relacionados com a utilização de **novas tecnologias** e **jogos online**, em crianças e adolescentes.

1. O primeiro passo é estarem munidos de **informação** sobre os videojogos que o/a seu adolescente joga e o impacto que podem causar no seu desenvolvimento saudável.
2. Colocação de **regras** e **limites** para a utilização de novas tecnologias em casa, de acordo com a idade da criança/adolescente.
(Ex: limitar/negociar o tempo de utilização, utilizar apenas nos locais comuns da casa, **conversar com o/a seu filho/a** para perceber com quem está a jogar, e com quem joga online).
3. **Coerência familiar** (os pais/cuidadores devem procurar estar em sintonia relativamente às regras que impõe).
4. **Acompanhamento** da criança/jovem enquanto utilizam telemóvel ou jogos *online*;
5. **Manter dispositivos eletrónicos fora do quarto** do seu filho/a.



Dicas para os pais/cuidadores

SABIA QUE...

Idade < 2 anos: ecrãs não são recomendados (TV, tablets, telemóvel);

3 anos: podem começar a ver TV;

6 anos: podem começar a jogar jogos *offline*;

9 anos: podem utilizar a internet com supervisão parental;

12 anos: podem entrar nas redes sociais.



Fique atento aos SINAIS DE ALERTA:

- Criança/adolescente cada vez mais absorvido no jogo;
- Aumento da prioridade dada ao jogo, com cada vez mais horas de jogo;
- Sintomas de abstinência quando não está a jogar (irritabilidade, tristeza, ansiedade)
- Engano de outros acerca do seu envolvimento nos jogos;
- Diminuição do aproveitamento escolar;
- Prejuízo da relação com os outros.



APÊNDICE 4 - Folheto Comunicação com o/a Adolescente



O CONFLITO

Na **comunicação Pais-Filhos**, é esperado algum conflito, frequentemente sob a forma de desafio à autoridade dos pais.

O conflito surge da persistência e da capacidade de argumentação do/a adolescente, que representa os seus **primeiros passos no sentido da independência e da autonomia**.

MOSTRE RESPEITO

Mostre respeito pelas opiniões, ideias e sentimentos do seu filho/a, mesmo que diferentes das suas, dizendo que o entende. O/a adolescente precisa de se sentir **amado, aceite e respeitado/a**.

A parentalidade é uma das tarefas mais difícil e complexa da vida adulta.

Ainda assim, **seja um modelo e um exemplo para os seus filhos**. Torne a sua casa um espaço emocionalmente seguro.

Independentemente das dificuldades diárias que possam ser vividas no contexto da escola, nas relações com os pares ou com os adultos, a **sensação calorosa de regresso a casa** e de que esta é uma constante na sua vida fará uma **diferença significativa na vida do/a adolescente**.

O/a adolescente precisa dos seus pais!

Bibliografia:

Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. In <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
Direção-Geral da Saúde (2019). Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar. In https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf
Ordem dos psicólogos (2023). Comunicar com o meu adolescente. In <https://escolasaudavelmente.pt/pais/comunicar-com-os-filhos/comunicar-com-o-meu-adolescente>
Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

COMUNICAR COM O/A ADOLESCENTE



Outubro, 2023

A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por **grandes mudanças** físicas e biológicas; cerebrais, intelectuais, psicológicas, sociais e emocionais, que acontecem em conjunto e que se influenciam mutuamente.

Durante um período de tempo considerável, o/a adolescente oscila entre a **maturidade e a infutilidade**.

Na adolescência, vivem-se períodos de **instabilidade afetiva**, **dúvidas e angústias**, com a **experimentação de novos papéis**, de **novas emoções** e de **novos modos de se relacionar**.

Estas mudanças que antecedem a vida adulta **são essenciais** para o/a adolescente **construir a sua identidade**, conquistar a **autonomia**, e explorar a sua **intimidade**.



COMUNICAR



O modo como a família encara as situações e os problemas próprios da adolescência é um aspeto relevante, e é aqui, que a **comunicação Pais-Filhos assume especial importância**.

DICAS IMPORTANTES:

MANTER OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO ABERTOS

Demonstrar **atenção e disponibilidade** para com o seu filho/a adolescente, transmitirá a **segurança** de sentir que os pais estão lá, para apoiar e para, eventualmente e se necessário, amortecer o sofrimento.

Quando o seu filho/a quiser falar, assegure-se que estará lá para o ouvir. Esteja atento aos sinais que o seu filho/a demonstra pela atitude e comportamento.

VALORIZAR AS CARACTÍSTICAS INDIVIDUAIS DO SEU FILHO/A

Cada adolescente tem um trajeto de desenvolvimento singular e características individuais que o tornam especial e **único**. **Valorize a sua individualidade**, evite comparações.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

- **Sempre que o seu filho/a tiver questões, responda-lhe honestamente e com segurança**. Peça-lhe também a sua opinião sobre o assunto e escute as suas respostas.
- **Procure falar de si, para poder ouvir o/a seu filho/a falar dele**. Em vez de frases como "Conta-me como foi o teu dia...", fale de si próprio, de como foi o seu dia, dos seus problemas, dos seus amigos, das suas próprias vulnerabilidades iniciando as frases por "Eu".
- Se o seu filho/a se coloca em silêncio, **mostre que gostava de conseguir comunicar com ele**. Em vez de dizer "Nunca me contas nada! Nunca falas comigo", experimente algo como "*Gostava muito de conseguir falar contigo. Entristece-me não saber o que sentes e não poder ajudar-te, caso necessites*". Não o force a falar. Perguntas excessivas podem oprimi-lo/a.
- **Seja firme e simultaneamente compreensivo** se o seu filho/a responder a situações de *stress* com zanga, rabugice ou amuo. É natural que as oscilações hormonais lhe provoquem alterações bruscas de humor. Deixe-o acalmar e depois fale com ele/ela.
- **Evite ser demasiado crítico**. Ser demasiado crítico face aos gostos do seu filho/a ou apresentar demasiadas "queixas", poderá afastá-lo/a.
- **Estabeleça limites**. Mesmo que entre em desacordo, o seu filho/a necessita perceber que existem regras. As regras transmitem segurança e permitem ao adolescente sentir-se integrado na família e na sociedade.

APÊNDICE 5 - Consulta de Enfermagem de *Follow up*

ELABORAÇÃO: Ana Filipa Leal; Ana Sofia Duarte		APROVAÇÃO: Nome das pessoas que aprovam o documento
VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: 	VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:	
PRÓXIMA REVISÃO: Data da próxima revisão		DATA DE APROVAÇÃO: Data de aprovação

OBJETIVO

Promover a adesão terapêutica;

Monitorizar e avaliar o regresso a casa do adolescente (adaptação ao meio familiar, escolar e social, prevenir e detetar complicações pós-alta);

Contribuir para melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao adolescente internado no serviço de pedopsiquiatria;

Garantir a harmonização dos procedimentos e da informação prestada pela equipa de enfermagem.

APLICABILIDADE

Aplicável a todos os adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria e seus cuidadores;

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

O momento após a alta é um período de elevada vulnerabilidade, particularmente para os adolescentes internados num serviço de pedopsiquiatria. Altas pouco preparadas e dificuldade na continuidade de cuidados podem colocar os adolescentes em elevado risco de reinternamento (Chen et al., 2022).

O processo de alta tem início no primeiro dia de internamento, após ser efetuada a observação inicial da pessoa, a realização da entrevista inicial à pessoa e cuidador, com posterior elaboração do plano de intervenção. No plano de intervenção são elaboradas intervenções com a finalidade de promover a adesão e gestão ao regime terapêutico; promoção do conhecimento relativo à doença, do autocuidado e comportamentos de promoção da saúde mental, da literacia em saúde mental, com ênfase na redução do estigma na doença mental; prevenção de recaídas, aceitação do estado de saúde e aquisição de estratégias para lidar com sintomas e promoção do potencial máximo da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A consulta de *follow-up* figura-se como uma ponte entre o internamento e o domicílio, sendo descrita como um elemento importante de suporte e acompanhamento para doentes e família/cuidadores, garante a continuidade dos benefícios da intervenção realizada no internamento e reduz a readmissão (Chen et al., 2022).

Neste sentido, a Nota de Alta de Enfermagem, tal como previsto no Procedimento Geral da Direção de Enfermagem do CHUC sobre a elaboração da Nota de Alta (2022), deve incluir o motivo e evolução do internamento. A Ordem dos Enfermeiros (2021) acrescenta, que deve compreender também resultados decorrentes das intervenções efetuadas ao longo do internamento, no sentido de prevenir recaídas (sinais de alerta e fatores de *stress* desencadeantes), objetivos da pessoa/cuidador para a recuperação, nome e contacto em caso de necessidade, a quem recorrer em situação de crise, possíveis redes de suporte, detalhes sobre a medicação, tratamento e plano de apoio, promoção da saúde e resposta a questões/dúvidas familiares e/ou sociais.

O *follow up* telefónico pós-alta é uma estratégia, que pretende melhorar a adesão terapêutica e que, além da vantagem da sua rapidez e baixo custo económico, permite detetar dúvidas, realizar encaminhamento atempado e avaliar a adesão terapêutica (Teixeira, 2016), sendo considerado um indicador de qualidade dos serviços de saúde (Carson et al., 2014).

A Ordem dos Enfermeiros recomenda que, no caso da doença mental grave, a consulta de enfermagem pós alta, seja realizada no prazo máximo de um mês (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Contudo, a evidência aponta para

que a consulta de enfermagem de follow-up realizada 7 dias após a alta se associe a melhores níveis de adesão terapêutica e menos episódios de recaídas nos 6 meses seguintes (Beadles et al., 2015).

Num estudo qualitativo desenvolvido num serviço de pedopsiquiatria, entre 2018 e 2019, por Simões et al. (2021), no âmbito da prevenção dos comportamentos suicidários, foi possível apurar que, durante o internamento, os adolescentes valorizam o suporte emocional que recebem por parte dos enfermeiros, nomeadamente ao nível do reforço da sua autoestima e da aprendizagem de novas estratégias de *coping*. Segundo os mesmos autores, os adolescentes reforçam o pressuposto de que a atitude dos profissionais de saúde e o processo de cuidados tem um impacto substancial, influenciando o seu futuro comportamento de procura de ajuda, após a alta. Em retrospectiva, no final do internamento valorizam e enfatizam a necessidade de manter contacto com os enfermeiros e o acompanhamento no pós-alta.

É importante para a pessoa, neste caso o adolescente, sentir que tem o apoio do profissional de referência nas várias fases da doença, nomeadamente após a alta (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Neste sentido, parece indicado que a consulta de follow-up seja realizada, sempre que possível, pelo EEESMP/EESIP de referência, que acompanhou o adolescente durante o internamento. Esta sugestão tem em consideração o procedimento geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) (2016), denominado “Organização dos Cuidados de Enfermagem: Método Enfermeiro de Referência: Implementação CHUC”. Este procedimento explicita que o Método Enfermeiro de Referência tem como foco a relação terapêutica com os utentes e família, indo ao encontro da essência da intervenção do EEESMP. O mesmo documento enfatiza as vantagens quer para o Enfermeiro de Referência quer para a pessoa cuidada, entre as quais se destaca maior satisfação profissional para o Enfermeiro e, melhores resultados e menores complicações para o utente, incluindo reinternamentos, ressaltando as suas idiosincrasias.

Tal como já foi referido anteriormente, as intervenções após o internamento, nomeadamente em consulta de *follow up* contribuem para a prevenção de recaídas (Simões et al., 2021; Beadles et al., 2015; Chen et al., 2022), e nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2021) reforça o pressuposto da importância de uma intervenção estruturada de prevenção e de *follow up*. Contudo, a literatura é parca na existência guidelines e protocolos relativos à consulta de enfermagem de *follow up*, informação corroborada por Chen e colaboradores (2022).

No entanto, e seguindo os pressupostos orientadores da Ordem dos Enfermeiros (2021), pode sugerir-se que a consulta de *follow up* via telefone se baseie numa Intervenção Breve, focalizada na avaliação de indicadores de bem-estar mental, como padrão de sono, apetite, autocuidado e interação com os outros, neste caso com os pares e com os adultos, assim como na adesão ao tratamento. Corroborando ainda a orientação da Ordem dos

Enfermeiros (2021), na consulta de enfermagem pós-alta deve também ser dada continuidade aos Focos de Atenção de Enfermagem identificados no internamento e que não ficaram resolvidos.

Concomitantemente, e como forma de perceber a adaptação ao meio familiar e social, assim como para validar conteúdos e estratégias aprendidos durante o internamento, sugere-se a avaliação da existência de momentos de stress no regresso a casa, questionando sobre as estratégias de *coping* utilizadas, recordando as que foram treinadas ao longo do internamento.

Ao longo do internamento, as intervenções realizadas no âmbito das estratégias de *coping* devem ser documentadas na intervenção “Assistir a pessoa a identificar estratégias de autocontrolo: impulso/ansiedade/agressividade” que se encontra associada aos focos de Enfermagem “Autocontrolo: impulso”, “Autocontrolo: Agressividade” e “Autocontrolo: ansiedade”, nomeadamente adicionando uma especificação à intervenção. No momento da elaboração da Nota de alta de Enfermagem e com o intuito de garantir a continuidade de cuidados, as estratégias de *coping* trabalhadas devem ser referidas no documento. Este pressuposto vai, mais uma vez, ao encontro do Procedimento Geral da Direção de Enfermagem do CHUC (2022) “Nota de Alta de Enfermagem”.

As estratégias de *coping* são orientadas para a redução do stress, envolvendo reações físicas ou emocionais, podendo ser mais ou menos adaptativas. Neste sentido, compreende-se que as estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes para se adaptarem a situações adversas, interferem na sua saúde mental e no bem-estar social (Kristensen et al., 2010).

Sugere-se a utilização de questões baseadas num instrumento de avaliação, neste caso o KidCOPE – versão para adolescentes. O KidCOPE é uma medida multidimensional de autorrelato, desenvolvida com base no modelo de *coping* de Folkman e Lazarus, sendo utilizada para avaliar as respostas de crianças e adolescentes perante situações indutoras de *stress* (Spirito, Stark, & Williams, 1988 referenciado por Beja, 2016). Este questionário, criado originalmente para estudo com populações pediátricas e adaptado para português por Carona e colaboradores (2014), tem sido utilizado em diferentes contextos culturais, com diversas populações, considerando múltiplos eventos stressores (Beja, 2016). O questionário KidCOPE é disponibilizado em duas versões: uma para crianças (7 aos 12 anos) e outra para adolescentes (13 aos 18 anos).

A versão para adolescentes inicia-se por uma primeira parte, com três questões cotadas numa escala tipo Likert que varia de “1” (nada) a “5” (muitíssimo), onde é pedido ao adolescente para relembrar um evento stressor ocorrido no último mês. As questões avaliam o nível de distress percebido pelo adolescente face ao stressor em estudo, considerando três possíveis reações emocionais ao mesmo: ansiedade, tristeza e raiva (Carona et al., 2014).

A segunda parte é composta por um questionário composto por 10 questões que avaliam diferentes estratégias de coping (distração, isolamento social, pensamento positivo, autocrítica, culpabilização dos outros, resolução de problemas, externalização e internalização de emoções, procurar ajuda e resignação). Para cada questão, o adolescente preenche uma questão relativa à frequência de uso da estratégia (“fizeste isto?”), respondida numa escala dicotómica (sim [1] ou não [0]); e outra relativa à sua eficácia percebida (“Até que ponto isso te ajudou?”), respondida numa escala tipo Likert de “0” (nada) a “2” (muito).

Com base neste instrumento de avaliação, foram introduzidas questões sobre as estratégias de *coping* utilizadas no guião de entrevista da consulta de enfermagem de follow up que é apresentado em apêndice (Apêndice 1).

DESCRIÇÃO

A presente orientação, refere-se à realização de consulta de enfermagem *follow up*, por via telefónica (não presencial), que permita fazer a ligação entre o serviço de internamento de pedopsiquiatria e o adolescente/família, após a alta.

O contacto telefónico terá por base, a Nota de Alta de Enfermagem por forma a avaliar os focos de enfermagem não resolvidos e intervenções realizadas durante o internamento e, um guião de entrevista (apêndice I), com o objetivo de conduzir e orientar a realização a chamada.

O procedimento abrange todos os adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria, cujos pais/cuidadores deem consentimento informal prévio, em conformidade com a opinião do adolescente, e tenham possibilidade de estabelecer o contacto telefónico.

Os telefonemas podem ser realizados, todos os dias úteis, das 10 às 20h, 7 dias após a alta, mediante disponibilidade da criança/adolescente e dos pais/cuidadores.

O telefonema será dirigido às crianças/adolescentes e aos pais/cuidadores, devendo sempre que necessário validar as informações transmitidas pelas crianças/adolescentes, com os pais/cuidadores.

Durante o telefonema deverá ser utilizada uma linguagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias do momento e adaptável às reações dos pais/cuidadores.

Os contactos serão efetuados preferencialmente pelo enfermeiro de referência. Na impossibilidade de este estar de serviço no dia da chamada de *follow up*, deverá ser o enfermeiro responsável de turno a contactar a criança/adolescente/família.

RESPONSABILIDADES

O cumprimento deste procedimento é da responsabilidade de todos os enfermeiros que desempenhem o papel de enfermeiro de referência/responsável, no Serviço de Pedopsiquiatria.

PROCEDIMENTO

Ao longo do internamento, pressupõe-se que a/o enfermeira/o responsável atualize o plano de cuidados, devendo ser dada evidência às intervenções realizadas no âmbito da identificação de estratégias adaptativas e adoção de mecanismos de *coping*.

1. No dia da alta, a/o enfermeira responsável, informa o/adolescente e os pais/cuidadores sobre a consulta de enfermagem *follow up*, a realizar-se até 7 dias após a alta. Solicita consentimento informal.
2. A/o enfermeira/o responsável, agenda com os pais o dia e hora mais adequada, para realizar o contacto telefónico, preferencialmente tendo em consideração a disponibilidade da/o enfermeira/o de referência. Posteriormente informa a secretária clínica para que seja agendada consulta de enfermagem no SClínico. (É importante confirmar que esta data não coincide com o dia de marcação da 1ª consulta médica após a alta, para evitar sobreposições).
3. A/o enfermeira/o deve confirmar a existência dos contactos dos pais/cuidadores na Avaliação Inicial.
4. No dia agendado com os pais/cuidadores, a/o enfermeira/o referência/responsável, realiza o telefonema, identificando-se e questionando a/o adolescente e os pais/cuidadores, sobre a disponibilidade para a realização do mesmo.
5. A/o enfermeira/o conduz o telefonema, com base na Nota de Alta de Enfermagem e no guião de entrevista.
6. A/o enfermeira/o documenta em SClínico, como consulta não presencial (telefone), no módulo de consulta externa de pedopsiquiatria, a informação obtida durante a consulta.

INDICADORES

1. Taxa de adolescentes, com consulta de enfermagem *follow up* (via telefónica) realizada até 7 dias após a alta;
2. Taxa de adolescente com diagnóstico de comportamento de adesão comprometido após realização da consulta de enfermagem de *follow up*.

3. Taxa de percepção de utilidade da consulta de enfermagem de *follow up* por parte dos adolescentes e pais/cuidadores.
4. Taxa de encaminhamentos feitos através da consulta de enfermagem de *follow up*.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Beadles, C. A., Ellis, A. R., Lichstein, J. C., Farley, J. F., Jackson, C. T., Morrissey, J. P., & Domino, M. E. (2015). First outpatient follow-up after psychiatric hospitalization: Does one size fit all? *Psychiatric Services*, 66(4), 364–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400081>
- Beja, R. M. de O. (2016). Alterações Climáticas: Ambiente familiar, Coaching e Coping dos cuidadores enquanto preditor do Coping da criança [Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário Ciências Humanas, Sociais e da Vida]. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6399/13/24111-OA.pdf>
- Carona, C., Silva, N., Moreira, H., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2014). Pediatric health-related stress, coping and quality of life. *Paediatrics Today*, 10, 112-128. doi: 10.5457/p2005-114.97
- Carson, N. J., Vesper, A., Chen, C., & Lê Cook, B. (2014). Quality of Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness Among Patients From Racial-Ethnic Minority Groups. *Psychiatric Services*, 65(7), 888–896. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300139>
- Chen, A., Dinyarian, C., Inglis, F., Chiasson, C., & Cleverley, K. (2022). Discharge interventions from inpatient child and adolescent mental health care: a scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 857–878. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01634-0>
- Costa, C. P., Bastos, A. G., Padoan, C. S., & Eizirik, C. L. (2017). Estudos clínicos em psicoterapia psicodinâmica: uma revisão do follow-up das intervenções. *Contextos Clínicos*, 10(1). [https://d.docs.live.net/e3ec78d2c00d78bf/Documents/MESMP/Estágio com relatório/https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.04](https://d.docs.live.net/e3ec78d2c00d78bf/Documents/MESMP/Estágio_com_relatório/https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.04)
- Direção de Enfermagem CHUC. (2016). Organização dos Cuidados de Enfermagem, Método Enfermeiro de Referência: Implementação CHUC. https://intranet.chuc.min-saude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4t2tfprckczqt0s58kced8wvca/pg_11_00_or_ganizacao-dos-cuidados-de-enfermagem-metodo-enfermeiro-de-referencia-implementacao-chuc.pdf
- Direção de Enfermagem CHUC. (2022). Nota de alta de Enfermagem. <https://intranet.chuc.min-saude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4t2tfprckczqt0s58kced8wvca/pg-16-00.pdf>

- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. de B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 21–30.<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1a). Papa-Letras.<http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Simões, R. M. P., Santos, J. C. P., & Martinho, M. J. C. M. (2021). Adolescents with suicidal behaviours: A qualitative study about the assessment of Inpatient Service and Transition to Community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 622–631.<https://doi.org/10.1111/jpm.12707>
- Teixeira, V. (2016). *Follow-up telefónico na adesão terapêutica em pessoas com doença mental* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16761/6/RELATORIO%20Mestrado%20Agosto%2016%20PDF.pdf>

Guião de entrevista para a Consulta de Enfermagem de Follow up

PU: _____

Data da admissão ___/___/_____

Data da alta: ___/___/_____

Motivo de Internamento: _____

Enfermeira/o que realiza o contacto: _____

Quem recebe o contacto: _____

Dia da consulta de enfermagem de follow up ___/___/_____

Áreas a explorar:

- **Comportamento de Adesão**

Segue as recomendações sobre o regime terapêutico acordadas? _____

Apresenta dúvidas ou dificuldades? _____

- **Interação Social**

Relação com pares, com adultos _____

Regresso à escola _____

Adaptação ao meio familiar _____

- **Estratégias de *coping***

Existência de evento stressor? Não ___ Sim ___

Se sim, como reagiu? Ansiedade ___ Tristeza ___ Raiva ___ Outros ___

Estratégia de *coping* utilizada? (distração cognitiva, isolamento, resiliência, autocrítico, culpabilização dos outros, resolução do problema, externalização de emoções, autocontrolo, evitamento, pedir ajuda a aceitação).

A estratégia ajudou? Foi adaptativa? _____

- **Apetite**

Sem alterações ____ Reduzido em relação ao habitual ____ Aumentado em relação ao habitual ____

- **Sono**

Agitado ____ Tranquilo ____ Diurno ____ Insónia ____

Duração: menor que ao habitual ____ Superior ao habitual ____ sem alterações ____

Estratégias de *coping* _____ Resultou?

- **Tristeza**

Verbaliza tristeza ____ Labilidade emocional ____

Humor depressivo ____ Desleixo no auto cuidado ____

Hipoatividade ____ Isolamento ____

Ideação suicida ____ Sentimentos de desalento ____

- **Ansiedade**

Existem sinais ou sintomas de ansiedade? ____ se sim, quais? ____

Estratégias de *coping* utilizada _____

- **Autoagressão** (se antecedentes de comportamentos autolesivos)

Existem pensamentos persistentes sobre a necessidade de autoagressão? ____

Ocorrência de comportamento autoagressivo na última semana? ____

- **Autocuidado** (_____)

Completamente independente ____ Necessita de equipamento ____

Necessita de ajuda de pessoa ____ Dependente/Não participa ____

Classifique a utilidade desta consulta de 0 a 10:

Adolescente: Nada útil (0-2) ____ Pouco Útil (3-4) ____ Indiferente (5-6) ____ Útil (7-8) ____ Muito útil (9-10) ____

Cuidadores: Nada útil (0-2) ____ Pouco Útil (3-4) ____ Indiferente (5-6) ____ Útil (7-8) ____ Muito útil (9-10) ____

Necessidade de encaminhamento?

Consulta externa ____ Comunidade ____ Serviço de urgência ____

APÊNDICE 6 – Apresentação da Consulta de *Follow up*



DEFINIÇÕES E CONCEITOS

O momento após a alta é um período de elevada vulnerabilidade, particularmente para os adolescentes internados num serviço de pedopsiquiatria (Chen et al., 2022).

A consulta de follow-up garante a continuidade dos benefícios da intervenção realizada no internamento e reduz a readmissão (Chen et al., 2022).

Pretende melhorar a adesão terapêutica, realizar encaminhamento atempado, prevenir recaídas e reinternamentos (Ribeiro, 2021).

Indicador de qualidade dos serviços de saúde (Chen et al., 2022).

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Intervenção: Deve, preferencialmente, incidir sobre a intervenção de referência do adolescente (Chen, An, e Serrano, 2021).

Deve ser efetuada 7 dias após a alta (Chen, An, e Serrano, 2021).

Os adolescentes valorizam e enfatizam a necessidade de manter contacto com os intervenientes e a participação no plano (Ribeiro, 2021).

Adolescentes valorizam expor emocionalmente o regresso a casa e a aprendizagem de novas estratégias de coping (Ribeiro, 2021).

OBJETIVOS

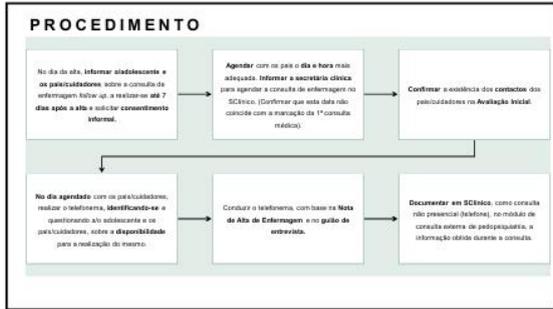
- Promover a adesão terapêutica;
- Monitorizar e avaliar o regresso a casa do adolescente (adaptação ao meio familiar, escolar e social, prevenir e detetar complicações pós-alta);
- Contribuir para melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao adolescente internado no serviço de pedopsiquiatria;
- Garantir a harmonização dos procedimentos e da informação prestada pela equipa de enfermagem.

APLICABILIDADE

Adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria e seus cuidadores.

RESPONSABILIDADE

- Todos os enfermeiros que desempenhem o papel de enfermeiro de referência/responsável, no Serviço de Pedopsiquiatria.



Guia de entrevista para a Consulta de Enfermagem de Follow up

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____:____
 Nome do adolescente: ____ Data de alta: ____/____/____
 Nome do responsável: ____
 Informar se usa medicação: ____
 Quantos medicamentos: ____
 Dia da consulta de enfermagem de Follow up: ____/____/____

Nome e endereço:
 • **Complemento da Abade:**
 Segue as recomendações sobre o regime terapêutico prescrito? ____
 Apresenta dificuldades de observação? ____

• **Interação Social:**
 Relação com pais, com amigos? ____
 Registra a escola? ____
 Mantém-se em casa? ____

• **Interação de coping:**
 Realiza atividades físicas? ____
 Leu um livro? ____
 Escrita de coping utilizada? ____
 A estratégia utilizada? ____

• **Apelo:**
 Tem atitudes ____ indicadas em relação ao tratamento? ____
 Apresenta em relação ao tratamento? ____

• **Sinais:**
 Apresenta ____ sintomas? ____
 Sinaliza sintomas que em ____
 Estratégias de coping ____

• **Tolerância:**
 Tolerância ____
 Regime de medicação ____
 Regime de medicação ____
 Regime de medicação ____

• **Atividade:**
 Atividade ____
 Estratégias de coping ____

• **Atendimento:**
 Complemento independentemente ____
 Recursos de apoio de ____
 Dependência de ____

Classificar a utilidade desta consulta de 1 a 10
 Nota 10 (100%) ____ Nota 9 (90%) ____ Nota 8 (80%) ____ Nota 7 (70%) ____
 Nota 6 (60%) ____ Nota 5 (50%) ____ Nota 4 (40%) ____ Nota 3 (30%) ____
 Nota 2 (20%) ____ Nota 1 (10%) ____

Necessidade de reapresentar em consulta externa no referencial por ____

- ### INDICADORES
1. Taxa de adolescentes, com consulta de enfermagem follow up (via telefônica) realizada até 7 dias após a alta;
 2. Taxa de adolescentes reinternados, no prazo de um mês, com consulta de enfermagem de follow up (via telefônica) realizada até 7 dias após a alta;
 3. Taxa de percepção de utilidade da consulta de enfermagem de follow up por parte dos adolescentes e pais/cuidadores.



BIBLIOGRAFIA

1. Mendes, E. A., Silva, A. R., Ladeira, J. C., Felício, J. F., Jackson, C. T., Soares, J. P., & Duarte, M. B. (2015). *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados com uma alta de 48h*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 107-117. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120140101>

2. Silva, M. B. (2018). *Atuação da Enfermagem em Unidades de Internação em Hospitais de Cuidado de Longo Prazo*. *Revista de Enfermagem da UFPA*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.24075/2526-8181.2018010101>

3. Gomes, C., Silva, B., Mendes, H., Cordeiro, M. C., & Barros, L. (2013). *Painéis: instrumento simples, seguro e eficaz para a avaliação da qualidade de vida*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

4. Cordeiro, M. H., Mendes, H., Silva, B., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

5. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

6. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

7. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

8. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

9. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

10. Silva, M. B., Mendes, H., Cordeiro, M. H., & Barros, L. (2013). *Qualidade de vida em hospitais de cuidados de longo prazo para pacientes com doença mental*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-0120120101>

APÊNDICE 7 - Projeto para prevenção e autocontrole da ansiedade na adolescência



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2023/2024

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

**ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA – Um projeto de intervenção nas
escolas**

Coimbra, Outubro de 2023



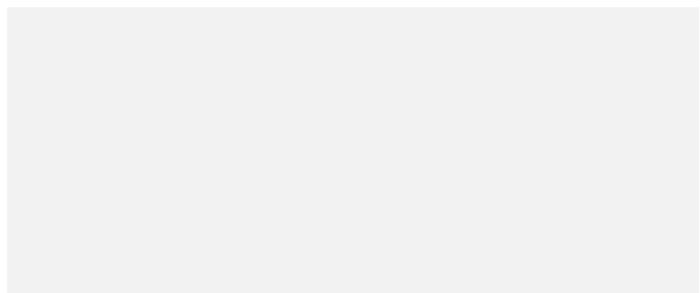
**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2023/2024

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

**ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA – Um projeto de intervenção nas
escolas**



Coimbra, Outubro de 2023

LISTA DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

GAP - Gabinete de apoio Pedagógico

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	2
APRESENTAÇÃO DO PROJETO	6
PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES	9
BIBLIOGRAFIA	12

ANEXOS E APÊNDICES:

Anexo 1 – Inventário de Ansiedade Estado – Traço (STAIS-AD Test form Y)

Anexo 2 – Índice de Bem-estar OMS-5 (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Apêndice 1 – Questionário de Avaliação Inicial e final da sessão de psicoeducação

Apêndice 2 – Consentimento informado

Apêndice 3 – Apresentação sobre ansiedade – sessão de psicoeducação

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção concretiza-se no contexto do estágio de comunidade da Unidade Curricular Estágio com Relatório, a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este trabalho adapta o projeto “RelaxaMente”, previsto na planificação de saúde escolar para o ano letivo 2023-2024 da UCC, e tem a finalidade de promover a diminuição dos níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade.

A adolescência corresponde a um importante período do desenvolvimento humano, que se caracteriza pela ocorrência de mudanças físicas, biológicas, cerebrais, intelectuais, psicológicas, sociais e emocionais de grandes dimensões (Sprinthall & Collins, 2011).

Erikson, na sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, explica a adolescência enquanto um processo de desenvolvimento contínuo, que resulta da articulação de fatores biológicos, sociais e individuais, sob a influência dos fatores culturais, que conduzem o adolescente a um período de crise, designado por Identidade *versus* Confusão de papéis. Para o autor, a crise de identidade representa a tarefa mais importante da adolescência e decorre das transformações físicas, psicológicas e da necessidade de encontrar um papel social. Neste contexto, as influências do ambiente e das relações sociais desempenham um papel importante na estabilização da personalidade do adolescente (Leite & Silva, 2019; Sprinthall & Collins, 2011).

Simultaneamente, a adolescência é um período determinante para o desenvolvimento de hábitos e competências sociais e emocionais, decisivos para o bem-estar e saúde mental na vida adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que esta é uma idade propícia para a implementação de hábitos de exercício físico regular, desenvolvimento de estratégias de *coping*, resolução de problemas, assim como a capacidade de reconhecer e gerir emoções (WHO, 2018).

Contudo, todas as grandes mudanças físicas, emocionais, sociais, nas relações familiares e com o grupo de pares, a exploração da identidade, nomeadamente a

identidade de género, a pressão exercida pelos *media* e o contexto socioeconómico, podem precipitar a ocorrência de problemas de saúde mental no adolescente, pela situação de vulnerabilidade em que o colocam (WHO, 2018; Garcia & O'Neil, 2021).

Nesse sentido, dados recentes apontam para que mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes sofram de alguma perturbação mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos (WHO, 2018).

A ansiedade representa uma emoção caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, traduzida por sintomas somáticos de tensão como o aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e da contração muscular. É também entendida como um sinal de alerta para um perigo iminente, que conduz a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça (APA, 2023; CIPE, 2011; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). É uma resposta adaptativa, que ocorre em todas as idades, sendo necessária à autopreservação. No entanto, a ansiedade pode ser compreendida como uma experiência não adaptativa, quando a duração e a intensidade dos sintomas interferem com funcionamento normal do indivíduo (Ströhle et al., 2018).

Níveis elevados de ansiedade na adolescência podem afetar o processo normal de desenvolvimento, nomeadamente a nível social, uma vez que se relacionam com o aumento do absentismo escolar, conduzindo ao isolamento, e a um pior desempenho académico do adolescente (WHO, 2018). Por outro lado, a prevalência dos sintomas de ansiedade pode interferir também com a perceção de bem-estar do jovem e ser predecessora de depressão (Oliveira & Oliveira, 2021).

Dias (2020) sublinha, que a aposta na promoção da saúde mental na infância e adolescência permite obter ganhos em saúde com grande eficiência, uma vez que as dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes são mais facilmente mobilizáveis e tratáveis do que no adulto, evitando-se, desta forma, a cristalização de sintomas e o desenvolvimento de patologia mental na idade adulta.

É neste sentido que se entende, que a intervenção na prevenção e autocontrolo da ansiedade em jovens, nomeadamente antes dos 15 anos, é deveras pertinente. Tal como já foi referido anteriormente, é entre os 15 e os 19 anos que as perturbações da ansiedade são mais prevalentes, pelo que se antes dos 15 anos os jovens forem capacitados para reconhecer e controlar a sua ansiedade, poderá haver um impacto nas taxas de prevalência destas perturbações nas idades mais tardias.

A OMS identifica a importância do desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença, relacionadas com o reforço da capacidade individual de regular emoções, priorizando abordagens não farmacológicas, nomeadamente ao nível das escolas e da comunidade (WHO, 2018).

Neste sentido, o momento de grande plasticidade cerebral que caracteriza a adolescência, representa uma oportunidade para a implementação de intervenções de promoção de literacia em saúde mental, nomeadamente sobre a ansiedade, através das intervenções psicoeducativas desenvolvidas em ambiente escolar (Morgado, Loureiro & Botelho, 2021). A intervenção em ambiente escolar para a promoção da literacia em saúde sobre a ansiedade, permite promover a qualidade de vida e um desenvolvimento saudável do adolescente (Flôr et al., 2022).

Neste contexto, Morgado e colaboradores (2021) desenvolveram uma investigação de âmbito qualitativo com alunos do 9º ano, na faixa etária dos 14 anos, propondo o desenho preliminar de uma intervenção psicoeducacional para o aumento da literacia dos adolescentes sobre ansiedade, cujo objetivo seria capacitar os adolescentes para o acesso, a compreensão e a utilização de informação útil que os ajude na prevenção, no reconhecimento e na gestão da ansiedade.

A proposta dos autores recomenda a realização de 4 a 6 sessões de psicoeducação abordando as seguintes temáticas:

- Conceito de ansiedade (ansiedade normal - como proteção, motivação e impulsionadora da ação - e patológica)
- Tipos de ansiedade (relacionada com os testes, ansiedade de desempenho, ansiedade social, ansiedade normal)
- Sinais e sintomas de ansiedade
- Estratégias de prevenção de ansiedade (Identificar situações indutoras de ansiedade; atitude positiva; aceitar que não é possível controlar tudo, praticar exercício físico, partilhar sentimentos e preocupações)
- Estratégias de gestão e autorregulação na redução de ansiedade
- Técnicas de relaxamento (respiração e imaginação guiada)
- Ações de primeira ajuda (como ajudar os outros com ansiedade)

- Procurar ajuda (informal e/ou de um profissional de saúde)

Numa *scooping review* elaborada por Sampaio et al (2020), com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem, associadas ao Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, identificam também o treino de técnicas de relaxamento, como uma das intervenções passíveis de serem realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) para a prevenção e tratamento da ansiedade, nomeadamente em adolescentes.

Assim, o presente projeto adapta as recomendações de Morgado e colaboradores (2021) e os resultados recolhidos por Sampaio et al (2020), associando a psicoeducação sobre ansiedade e o treino de técnicas de relaxamento em sessões dirigidas aos jovens que manifestem a vontade de aprender, perspetivando-se a sua continuidade ao longo de 6 meses.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Nome: RelaxadaMente

Contexto: Alunos do Agrupamento de Escolas de [REDACTED] incluídos no projeto de saúde escolar da UCC [REDACTED]

Finalidade: Promover a diminuição dos níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade.

Objetivos:

- Promover a literacia dos jovens sobre ansiedade: compreensão do conceito de ansiedade, sinais e sintomas;
- Instruir sobre estratégias de prevenção de ansiedade;
- Ensinar e treinar estratégias de autocontrolo de ansiedade;

População Alvo/Critérios de inclusão: Alunos do 9º ano das turmas A e B da Escola [REDACTED], pertencente ao Agrupamento de escolas de [REDACTED]

Duração: 7 meses (entre novembro de 2023 e maio de 2024)

Recursos: Sala de aula, projetor, computador

Parcerias: Agrupamento de Escolas de [REDACTED], EESMP da UCC [REDACTED]

Atividades a desenvolver: O projeto compreende duas componentes: uma primeira abordagem em sala de aula com cada turma e uma segunda abordagem, num contexto mais personalizado e dirigido aos alunos que demonstrem vontade em participar, que decorrerá em Gabinete de Apoio Personalizado (GAP), num total de 10 sessões (2 sessões de psicoeducação e 8 sessões de relaxamento).

A primeira abordagem consiste na realização de uma sessão de psicoeducação sobre o conceito de ansiedade, sinais e sintomas, com a duração de 45 minutos, que será reproduzida em cada turma. No final da sessão, os jovens serão questionados sobre

quem gostaria de aprender e treinar técnicas de autocontrolo de ansiedade numa abordagem mais personalizada. Será entregue aos alunos que demonstrarem interesse em participar nestas sessões, o consentimento informado para entregarem aos pais (ANEXO 2), assim como os instrumentos de avaliação para preenchimento (STAI-Y e WHO-5).

A segunda componente diz respeito à realização de sessões práticas para ensino e treino de estratégias de autocontrolo de ansiedade, dirigidas aos jovens que tenham demonstrado interesse em desenvolver conhecimentos e competências neste âmbito. Prevê-se a realização de uma sessão prática por semana no primeiro mês (Novembro), e posteriormente, uma sessão por mês (de Dezembro a Maio). Estas sessões práticas funcionarão em horário de GAP, previamente definido no início do ano letivo, tendo a duração de 30 minutos. Em cada sessão será exposta uma estratégia de autocontrolo de ansiedade (exercício físico, técnica de respiração, *mindfulness*, escrever um diário de preocupações, técnica de relaxamento muscular, técnica de imaginação, questionar os pensamentos negativos, treinar a resiliência) (Brian, 2021) e realizado treino da técnica de relaxamento muscular, seguindo o guião de relaxamento muscular, em versão áudio, da APP 29K da Fundação José Neves (Fundação José Neves, 2023), que será reproduzida e treinada repetidamente ao longo de todas as sessões. O objetivo é capacitar os jovens para a utilização autónoma desta técnica de relaxamento.

Avaliação dos resultados:

Para avaliação dos resultados da sessão de psicoeducação em sala de aula, será utilizada a ferramenta Mentimeter, sendo fornecido um QR code para os jovens acederem a um breve questionário (Apêndice 1) de avaliação de conhecimentos sobre a ansiedade, sendo solicitado o seu preenchimento no início e no final da sessão.

Aos jovens que demonstrem interesse em participar nas sessões práticas será solicitado o preenchimento do Inventário de ansiedade estado-traço (STAI-Y) (Anexo 2) e o Índice de bem-estar da OMS, versão de 1998, designado por WHO-5 (Anexo 3), funcionando como avaliação inicial. Será solicitado o preenchimento destes mesmos instrumentos na sessão final, como forma de avaliação final do projeto.

O Inventário de ansiedade estado-traço é um instrumento para avaliação de ansiedade, constituído por duas escalas individuais de autoavaliação, que pretende medir duas dimensões distintas da ansiedade: a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. A

ansiedade-estado refere-se a um estado emocional transitório que pode variar em intensidade ao longo do tempo. A ansiedade-traço refere-se a uma disposição relativamente estável de resposta ao stress e uma tendência para perceber as situações como ameaças. Cada uma das escalas do inventário de ansiedade estado e traço é constituída por 20 itens numerados, que são classificados por intensidade, onde o sujeito indica como se sente naquele momento através de uma escala tipo Likert, de 4 pontos, numerada desde 1 (sem ansiedade) até 4 (muita ansiedade), assim, os resultados variam entre 20 no mínimo e 80 no máximo, para cada uma das escalas, sendo que, valores mais altos traduzem níveis de ansiedade mais elevados (Daniel et al., 2006). Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Santos & Silva (1997).

O índice de bem-estar da OMS, designado por WHO-5, é uma escala composta por 5 itens de autopreenchimento, redigidos de forma positiva, que refletem a presença ou ausência de bem-estar e abrangem o humor, a vitalidade e o interesse em geral. A primeira versão desta escala foi desenvolvida em 1995, sendo reduzida até à sua versão mais recente (Simões et al., 2018). Cada item é classificado numa escala de Likert de 6 pontos, que varia de 0 (nunca está presente) a 5 (sempre presente). Quanto maior a pontuação, maior será o bem-estar.

No início e final de cada sessão de relaxamento, será solicitado aos jovens que procedam à auto-avaliação da frequência cardíaca, como forma de avaliar o efeito da sessão de relaxamento.

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

<p>Sessão 1 e 2 (9ºA e 9ºB) (45min.)</p>	<p>Desenvolvimento da sessão</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto, objetivos e elementos da equipa dinamizadora; • Solicitação do preenchimento de um questionário inicial (Anexo 1) de três questões, através da aplicação “Mentimeter”, sobre a ansiedade (definição através de uma palavra, tipos de ansiedade e nomeação de três estratégias de autorregulação); • Reflexão sobre a nuvem de palavras originada pela aplicação sobre a definição de ansiedade numa palavra; • Apresentação sobre ansiedade: conceito, tipos de ansiedade, sinais, sintomas, estratégias de gestão e regulação de ansiedade. • Permitir a partilha de experiência e vivências; • Convite para participar nas sessões personalizadas em GAP para treino de técnica de relaxamento; • Solicitação de preenchimento do questionário de avaliação final (Anexo 1), através da aplicação “Mentimeter”. • Fornecer instrumentos de avaliação para a sessão seguinte: STAIS-Y (Apêndice 1) e Índice de Bem-estar WHO-5 (Apêndice 2). 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos dos adolescentes sobre a ansiedade; • Despertar o interesse para o treino de relaxamento; • Promover a identificação com o grupo. 	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do questionário inicial e final no “Mentimeter”; • Participação do grupo. 	
<p>Recursos: Sala de aula, projetor, telemóvel com leitor QR code</p> <p>Método: expositivo, ativo e interrogativo</p>	<p>Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3)</p>	

Sessão 3 (30min.)	Desenvolvimento da sessão	
	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e valorização da participação dos jovens presentes; • Explicar os objetivos da sessão e como se vai desenrolar; • Apresentação da estratégia 1 para autocontrolo de ansiedade: Exercício físico; • Apresentação da Técnica de relaxamento muscular (o que é, benefícios, como vais ser realizada – sentados em cadeiras, com olhos fechados ou olhar fixo num ponto da sala, ouvir atentamente a voz do guião e seguir as instruções); • Solicitar avaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Treino de técnica de relaxamento muscular seguindo o guião áudio de 10 minutos, da aplicação 29K da Fundação José Neves 10min (Fundação José Neves, 2023); • Solicitar reavaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Permitir a expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção realizada e aos valores da frequência cardíaca; • Solicitar avaliação oral da sessão. 	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução da ansiedade; • Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Promover a identificação com o grupo. 	Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Observação do comportamento dos participantes; • Avaliação da frequência cardíaca no início e final da sessão; • Avaliação da sessão feita pelos participantes. 	
Recursos: Gabinete de GAP, cadeiras, ambiente aquecido, com pouca luz, telemóvel/computador, colunas. Método: expositivo, ativo e interrogativo	Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3)	

Desenvolvimento da sessão	
<p>Sessão 4 (30min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e valorização da participação dos jovens presentes; • Explicar os objetivos da sessão e como se vai desenrolar; • Apresentação da estratégia 2 para autocontrolo de ansiedade: técnica de respiração (4-4-4: inspirar em 4 segundos, suste a respiração 4 segundos, expirar em 4 segundos); • Relembrar a Técnica de relaxamento muscular (o que é, benefícios, como vai ser realizada – sentados em cadeiras, com olhos fechados ou olhar fixo num ponto da sala, ouvir atentamente a voz do guião e seguir as instruções); • Solicitar avaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Treino de técnica de relaxamento muscular seguindo o guião áudio de 10 minutos, da aplicação 29K da Fundação José Neves 10min (Fundação José Neves, 2023); • Solicitar reavaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Permitir a expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção realizada e aos valores da frequência cardíaca; • Solicitar avaliação oral da sessão.
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução da ansiedade; • Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Promover a identificação com o grupo. 	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação do comportamento dos participantes; • Avaliação da frequência cardíaca no início e final da sessão; • Avaliação da sessão feita pelos participantes.
<p>Recursos: Gabinete de GAP, cadeiras, ambiente aquecido, com pouca luz, telemóvel/computador, colunas.</p> <p>Método: expositivo, ativo e interrogativo</p>	<p>Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3)</p>

BIBLIOGRAFIA

- Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.01.007>
- American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.200114798.1388236549.1668603216-581175404.1667400704
- Daniel, F., Ponciano, E., Figueirinha, R., & Spielberg, C. (2006). *Estrutura factorial de uma versão experimental do STAI-Y em estudantes universitários portugueses*. <https://www.researchgate.net/publication/259571393>
- Dias, J. C. B. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. - Diagnósticos e Intervenções* (1st ed., pp. 283–290). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Espírito Santo, R. P. da S. (2015). *Bem-estar Psicológico: Validação da Escala Psychological General Well-being para a população portuguesa* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona do Porto]. <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/6992/1/Raquel%20Espirito%20Santo.pdf>
- Flôr, S. P. C., Torres, F. J. R., Silva, M. da C. A., Aguiar, L. C. de, Fialho, M. L. de S., Sousa Castro, M. do S., Sales, P. A. A., Bento, F. V. F. S., & Lima, J. L. de. (2022). Impactos do transtorno de ansiedade em adolescentes: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(15), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37344>
- Fundação José Neves. (2023). *Saúde Mental APP 29k FJN*. <https://www.joseneves.org/29-k-fin>
- Garcia, I., & O'Neil, J. (2021). Anxiety in Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.021>
- Leite, A. A. D. M., & Silva, M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da Teoria Psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates Em Educação*, 11(23), 148. <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2019v11n23p148-168>

- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº6)*, 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20133>
- Oliveira, Talles, A., Oliveira, Andrea, A. (2021). A percepção da ansiedade pelos adolescentes. In VI SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG – 12 e 13 de novembro de 2021. Recuperado de: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-iicirsqvasf-i-olymphealthcare-2022.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE ® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998. Recuperado de https://www.psykiatri-regionh.dk/who5/Documents/WHO5_Portuguese.pdf
- Pawils, S., Heumann, S., Schneider, S. A., Metzner, F., & Mays, D. (2023). The current state of international research on the effectiveness of school nurses in promoting the health of children and adolescents: An overview of reviews. *PLOS ONE*, 18(2), 1–55. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275724>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2021). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1001–1011. <https://doi.org/10.1177/1054773820979576>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In F. Sampaio & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1st ed., pp. 128–130). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, S. & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory-Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98. <https://sites.google.com/site/revistaportuguesadepsicologia/numeros-publicados/vol-32-1997/resumo-32-85>
- Simões, R., Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M., Loureiro, C., Marques, L. A., Quaresma, H., & Matos, E. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 41–49. <https://doi.org/10.1159/000486468>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>

World Health Organization. (2018). Adolescent mental health: Fact sheets.
Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

ANEXOS

ANEXO 1 – Inventário de Ansiedade Estado – Traço (STAIS-AD Test form Y)

A escala tem uma série de frases que as pessoas habitualmente utilizam para se descreverem a si próprias. Lê cada uma delas e faz uma cruz (X) no número da direita que indica como te sentes agora, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas nem erradas. Não leves muito tempo com cada frase, mas dá a resposta que melhor se adequa aos teus sentimentos *neste momento*.

STAIS-AD Test Form Y		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9	Sinto-me assustado	1	2	3	4
10	Estou descansado	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13	Estou inquieto	1	2	3	4
14	Sinto-me indeciso	1	2	3	4

15	Estou descontraído	1	2	3	4
16	Sinto-me contente	1	2	3	4
17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4
21	Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
22	Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
23	Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
24	Sinto-me um falhado	1	2	3	4
25	Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
26	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
27	Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
28	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
29	Sou feliz	1	2	3	4
30	Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
31	Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
32	Sinto-me seguro	1	2	3	4
33	Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
34	Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
35	Estou contente	1	2	3	4
36	Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4

37	Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afasta-los do pensamento	1	2	3	4
38	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
39	Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

© Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. STAIS-AD Test Form Y

ANEXO 2 – Índice de Bem-estar OMS-5 (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indica, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como te tens sentido nas últimas duas semanas. Nota que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas te sentiste alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloca uma cruz no quadrado com o número 3.

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e <u>bem disposto/a</u>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Senti-me <u>activo/ae</u> e enérgico/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário de Avaliação Inicial e final da sessão de psicoeducação

AVALIAÇÃO INICIAL

1. Define ansiedade numa palavra. _____
 2. Selecciona a afirmação verdadeira. A ansiedade pode ser:
 - a. Benéfica, porque nos deixa alerta, faz-nos agir e proteger dos perigos.
 - b. Prejudicial, quando impede que façamos atividades do dia-a-dia.
 - c. Gerida e regulada com algumas estratégias.
 - d. Todas as anteriores.
 - e. Nenhuma das anteriores.
 3. Nomeia três estratégias para regular a ansiedade.
-
-

AVALIAÇÃO FINAL

1. Selecciona a afirmação verdadeira. A ansiedade pode ser:
 - a. Benéfica, porque nos deixa alerta, faz-nos agir e proteger dos perigos.
 - b. Prejudicial, quando impede que façamos atividades do dia-a-dia.
 - c. Gerida e regulada com algumas estratégias.
 - d. Todas as anteriores.
 - e. Nenhuma das anteriores.

Nomeia três estratégias para regular a ansiedade.

Achas que a sessão foi útil? _____

O que gostaste mais nesta sessão?

O que pensas que poderia ser melhorado? _____

Tencionas participar nas sessões de relaxamento? _____

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde apontam para que, mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes sofram de alguma perturbação mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos (WHO, 2018).

Neste sentido, e no âmbito do projeto de Saúde escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED], previsto para o ano letivo 2023-2024, está a desenvolver-se o projeto **RelaxaMente**, conduzido pelas estudantes de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da UCC [REDACTED].

Este projeto tem a finalidade de diminuir os níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade, através do ensino de estratégias de autorregulação e treino de técnica de relaxamento muscular. As sessões de relaxamento serão realizadas uma vez por semana no primeiro mês (Novembro), e posteriormente, uma sessão por mês (de Dezembro a Maio). Estas sessões práticas funcionarão em horário de GAP (Gabinete de Apoio Personalizado), previamente definido no início do ano letivo, tendo a duração de 30 minutos.

Para avaliação dos níveis de ansiedade e perceção de bem-estar antes e após a realização do projeto, solicita-se o preenchimento das escalas em anexo.

Os dados recolhidos são confidenciais e para utilização exclusiva no âmbito deste projeto.

Concordo que o meu educando participe nas sessões de relaxamento:

Sim

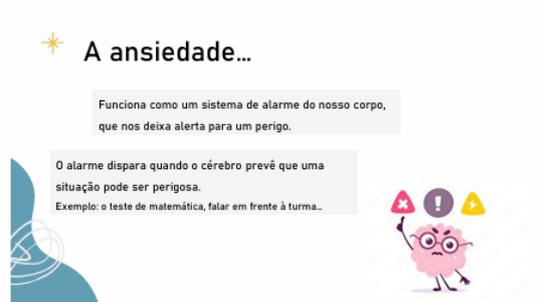
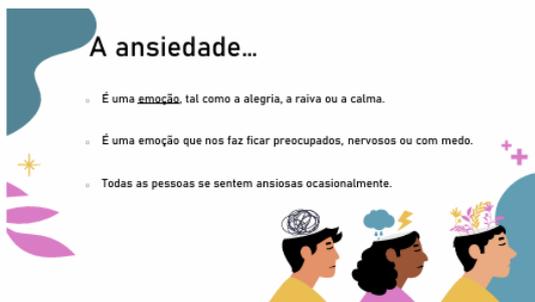
Não

Assinatura do Encarregado de Educação

Bibliografia: World Health Organization. (2018). Adolescent mental health: Fact sheets. Author.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

APÊNDICE 3 – Apresentação sobre ansiedade – sessão de psicoeducação





Tipos de ansiedade

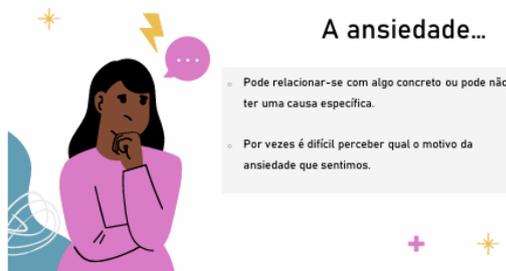
- Quando o cérebro deteta um evento perigoso, produz ADRENALINA (Uma hormona de Stress).
- A adrenalina acelera o ritmo cardíaco e respiratório, que é ótimo se precisarmos de fugir ... mas não é ótimo de estivermos a tentar adormecer.
- Perante a ansiedade podemos:



A ansiedade pode ser...



A ansiedade...



Como reconheço a ansiedade?

- Reconhecer os sinais da ansiedade é importante!
- Quando somos capazes de o fazer, a ansiedade deixa de ser tão assustadora.



A Ansiedade...

Pode manifestar-se de várias formas.

Pensamento

Preocupações,
Inquietação
Angústia
Medo, pânico

Comportamento

Agitação
Irritabilidade
Evitamento

Reações vegetativas

Coração acelerado
Transpiração
Dificuldade em respirar

ANSIEDADE



Podemos ter um dos sintomas, vários, nenhum ou todos os sintomas

04

Estratégias de autorregulação

Primeiros passos:

- 1. Conhecer o que é a ansiedade e saber que ela é temporária e não é perigosa, ajuda.
- 2. Perceber como a ansiedade interfere com o dia a dia. (Impede de fazer coisas que gosto? Não me deixa dormir?)
- 3. Aceitar que há coisas que não podemos controlar.

Estratégias



Convite...



Sessões de Relaxamento

Sugestões



Questões?

Questionário

Decorative elements include leaves and a globe.

Bibliografia

- Brian, R. (2020). *Não te preocupes (tanto!)*. (1ª Ed.). Lisboa: Penguin Random Grupos Editorial Unipessoal, Lda. ISBN: 978-989-784-254-2.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). *Ansiedade e Autoccontrolo da Ansiedade* in C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem de Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções* (p. 28-36). Lidel.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ª ed.). Artmed. http://dmls.org/imagens/dmfs/528_V.pdf
- Pomba, S. & Ferro, A. (2020). *Aprenda sobre a sua ansiedade!*. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria Saúde Mental, Zêzêçes. https://www.researchgate.net/publication/344441927_Aprenda_sobre_a_sua_ansiedade_MANUAL_ODIATICO SOBRE ANSIEDADE_3_EDICAO
- Lopes, M. (2022). *As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção da Ansiedade na Adolescência*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. <https://repositorio.iqbeja.pt/bitstream/20.500.12017/5881/2/Maria%20Lopes.pdf>

Obrigada



APÊNDICE 8 – Plano de Intervenção dirigido à pessoa com PNC e à sua cuidadora

Plano de intervenção dirigido à pessoa com PNC major e à sua cuidadora

Fundamentação teórica

Num estudo publicado pela *Alzheimer's Association* (2021), estima-se que em Portugal cerca de 205.000 pessoas sofrem de demência (Brito et al., 2023). Desde 2012 sabe-se que a doença de Alzheimer assume, neste âmbito, um lugar de destaque, representando cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência (WHO, 2012).

Os sintomas de demência implicam geralmente uma deterioração gradual, lenta e irrecuperável da função cognitiva da pessoa, o que se repercute ao nível do seu funcionamento (APFADA, 2006).

Perante o compromisso desta função, recorrer a programas de estimulação cognitiva pode vantajoso para manter ou melhorar o funcionamento cognitivo e autonomia da pessoa com demência, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida (APFADA, 2006; Marrocano, 2022).

Devido à natureza deteriorante e incapacitante que caracteriza a demência, impera uma necessidade crescente da existência de um cuidador para assegurar os cuidados de vida diária, sendo habitualmente do sexo feminino, cujo grau de parentesco frequentemente é ser o cônjuge ou filha (Alzheimer's Association, 2021).

Contudo, o próprio ato de cuidar pode ser considerado um fator de stress crónico, com um padrão estável de perceção de sobrecarga. Sendo que quanto maior a sobrecarga percebida, pior a qualidade de vida do cuidador informal (Quinn et al., 2020).

As múltiplas necessidades dos cuidadores e o seu elevado nível de sofrimento psicológico, realçam a importância de promover intervenções de suporte para manter o seu bem-estar emocional e possibilitar a prestação de cuidados de qualidade às pessoas a seu cargo (Passos, Sequeira & Fernandes, 2012 citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

Plano de intervenção:

Foco de atenção	Diagnóstico de Enfermagem	Dados principais
Cognição	Cognição comprometida	<p>Informação colhida através do Exame do Estado Mental - O sr. A apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none">• dificuldade em focar a atenção• desorientação no tempo• compromisso da memória recente e a longo prazo, manifestada pela dificuldade em nomear pessoas e objetos (Ex: Quando questionado sobre o que é determinado objeto (peça de fruta), defende-se, dizendo que não consegue ver.• vocabulário pobre• discurso limitado• tempo de latência de resposta aumentado• compromisso da motricidade, com rigidez de movimentos, dificuldades na motricidade fina e agitação motora no final do dia.
Stress do prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados	<p>Entrevista semi-estruturada à cuidadora:</p> <ul style="list-style-type: none">• revela conhecimentos sobre a doença do marido,• Conhece e aplica estratégias de autocuidado para prevenir a sobrecarga, tais como meditar, rezar e fazer caminhadas,• Demonstra ambivalência entre querer continuar a cuidar do marido sozinha, e a dificuldade de se "<i>sentir numa prisão</i>" (sic).• Manifestação de sinais de <i>stress</i>: postura tensa, suspiros frequentes, inquietação, rapidez no discurso.

Intervenções de Enfermagem

Executar estimulação cognitiva, recorrendo aos sentidos do tato, olfato e audição:

- Incentivar a manusear materiais de diferentes texturas, formas e temperaturas;
- Oferecer caixas metálicas com diferentes sons, para que possa identificar a diferença;
- Estimular o olfato através de diferentes objetos: flores, peças de fruta;

- Instruir a cuidadora sobre utilização da música como fator de estimulação cognitiva (30 min. por dia, colocar músicas de acordo com as preferências do utente, prévias à doença);

Permitir a expressão de emoções por parte da cuidadora;

Executar Escuta Ativa

Explorar com a cuidadora estratégias para lidar com o *stress*;

Trabalhar o luto antecipatório com a cuidadora.

Resultado Esperado	Indicadores de Resultado
Cognição	90015 Comunicação adequada para idade
	90013 Compreensão do significado das situações
	90004 Concentração
	90007 Memória Recente
	90011 Tomada de decisão adequada
Stress do prestador de cuidados	220801 Stressores relatados na prestação de cuidados
	220816 Perda de tempo pessoal
	220803 Limitações psicológicas no oferecimento de cuidados

Bibliografia

APFADA: Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos doentes de Alzheimer. (2006). Manual do cuidador da pessoa com demência. 2ª Edição. Lisboa: Novartis Neuroscience.

Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures. (2021). *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), 327–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/alz.12328>.

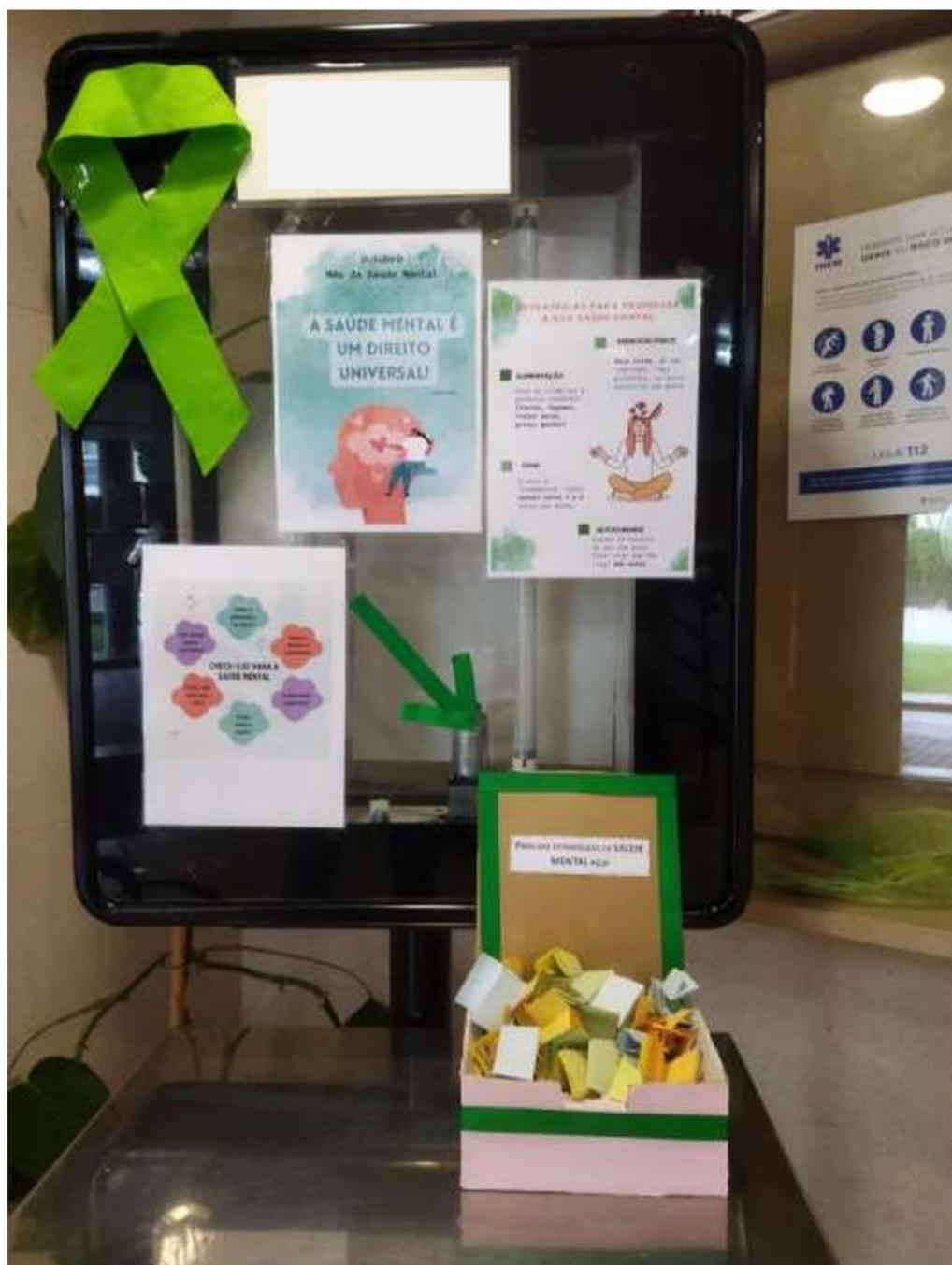
Marrocano, R. F. (2022). Envelhecimento cognitivo, prevenção e intervenção no deterioro cognitivo e demência de adultos idosos sem alfabetização Versão Final após defesa. [Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/13192/1/9452_20126.pdf

Passos, J., Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012). The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *The International Journal of Alzheimer's Disease*, 5, 1-7. DOI: [10.1155/2012/638267](https://doi.org/10.1155/2012/638267)

Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Morris, R. G., Victor, C., & Clare, L. (2020). Caregiver influences on 'living well' for people with dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1505–1513. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1602590>.

World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1

APÊNDICE 9 – Cantinho da Saúde Mental



APÊNDICE 10 – Plano de Intervenção a uma adolescente internada no serviço de pedopsiquiatria



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E

PSIQUIÁTRICA 2023/2024

ANA FILIPA ALBUQUERQUE LEAL

PLANO DE INTERVENÇÃO DIRIGIDO A ADOLESCENTE

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em contexto de respostas diferenciadas, sob a orientação da

Coimbra, Janeiro de 2024

INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde a um importante período do desenvolvimento humano, que se caracteriza pela ocorrência de mudanças físicas, biológicas, cerebrais, intelectuais, psicológicas, sociais e emocionais de grandes dimensões. Todas estas as grandes mudanças, associadas à exploração da identidade, nomeadamente a identidade de género, à pressão exercida pelos *media* e ao contexto socioeconómico, podem precipitar a ocorrência de problemas de saúde mental no adolescente, pela situação de vulnerabilidade em que o colocam (WHO, 2018; Garcia & O'Neil, 2021, Sprinthall & Collins, 2011).

A ansiedade, representa um dos problemas de saúde mental com mais prevalência na adolescência, podendo interferir com o seu normal desenvolvimento, diminuir a perceção de bem-estar do jovem e ser predecessora de depressão (Oliveira & Oliveira, 2021).

Por outro lado, a Autoestima, definida na CIPE (2018, p.12) enquanto *“Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação (...)”* há muito que é apontada enquanto fator que influencia a saúde mental de adolescentes. Sowislo e Orth (2013), nos seus estudos para apurar a relação entre autoestima enquanto preditora de ansiedade e depressão, observaram que baixos níveis de autoestima se correlacionam com a depressão e a ansiedade. A autoestima também foi considerada um importante mediador para o suporte social percebido e a ideação suicida (Kleiman & Riskind, 2013).

Neste sentido, o momento de grande plasticidade cerebral que caracteriza a adolescência, representa uma oportunidade para a implementação de intervenções especializadas no âmbito da saúde mental (Morgado, Loureiro & Botelho, 2021).

Assim, passo a apresentar o plano de intervenção dirigido a uma adolescente internada no Serviço de Pedopsiquiatria.

História Clínica

Este plano de intervenção é dirigido a uma adolescente, a M.S., de 17 anos, natural da Marinha Grande, internada no serviço de Pedopsiquiatria no dia 3 de Janeiro de 2023, por Ideação Suicida.

Foi realizada entrevista de acolhimento no dia 4 de Janeiro, juntamente com a enfermeira Tutora Rita Costa, na qual foi possível apurar informação relativa ao seu contexto familiar, social e Exame do Estado Mental. Com os dados recolhidos foi elaborado genograma e ecomapa. Num momento posterior, foi também solicitado o preenchimento da Escala de Autoestima de Rosenberg e um instrumento para avaliação de Estratégias de *Coping* em adolescentes, o KidCOPE - versão para adolescentes.

O KidCOPE é uma medida multidimensional de autorrelato, desenvolvida com base no modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1980), sendo utilizada para avaliar as respostas de crianças e adolescentes perante situações indutoras de stress (Spirito, Stark, & Williams, 1988 referenciado por Beja, 2016). Este questionário, criado originalmente para estudo com populações pediátricas e adaptado para português por Carona e colabores (2014), tem sido utilizado em diferentes contextos culturais, com diversas populações e considerando múltiplos eventos stressores (Beja, 2016). O questionário KidCOPE é disponibilizado em duas versões: uma para crianças (7 aos 12 anos) e outra para adolescentes (13 aos 18 anos).

A versão para adolescentes inicia-se por uma primeira parte, com três questões cotadas numa escala tipo Likert que varia de “1” (nada) a “5” (muitíssimo), onde é pedido ao jovem para relembrar um evento stressor ocorrido no último mês, que no caso da M.S. correspondeu ao evento desencadeante do internamento. As questões avaliam o nível de *distress* percebido pelo jovem face ao stressor em estudo, considerando três possíveis reações emocionais ao mesmo: ansiedade, tristeza e raiva (Carona et al., 2014)

A segunda parte é composta por um questionário composto por 10 questões que avaliam diferentes estratégias de *coping* (distração, isolamento social, pensamento positivo, autocrítica, culpabilização dos outros, resolução de problemas, externalização, internalização, procurar ajuda e resignação. Para cada questão, o adolescente preenche uma questão relativa à frequência de uso da estratégia (“fizeste isto?”), respondida numa escala dicotómica (sim [1] ou não [0]); e outra relativa à sua eficácia percebida (“Até que ponto isso te ajudou?”), respondida numa escala tipo Likert de “0” (nada) a “2” (muito).

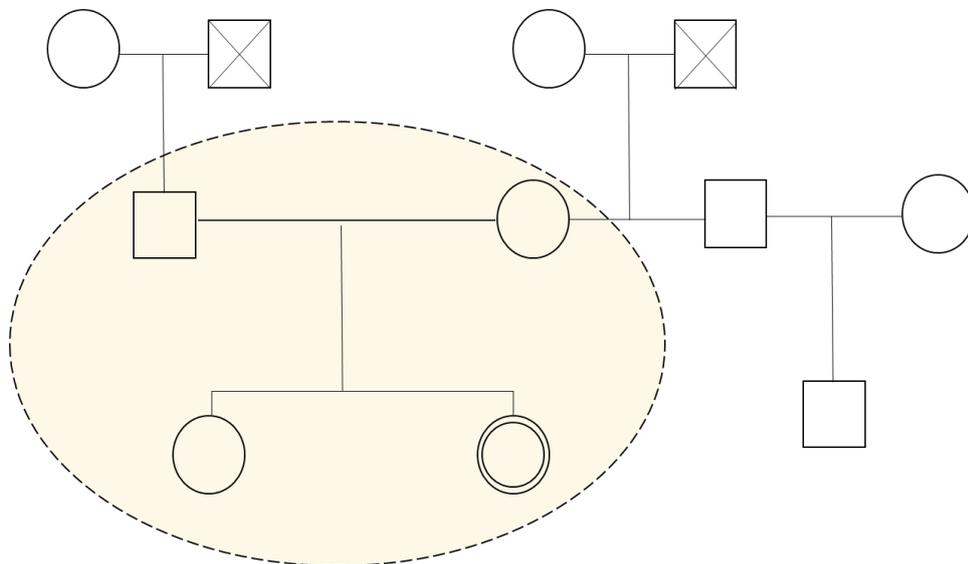
Como antecedentes pessoais, a M.S. apresenta Perturbação conversiva, manifestada por síncope, cujas crises se iniciaram em Agosto de 2022, sendo acompanhada em consultas

de pedopsiquiatria e psicologia desde então. Ao diagnóstico clínico acresce também Perturbação de Ansiedade, relacionada com a doença.

A adolescente reside com os pais e irmã. A irmã, de 23 anos, estuda em Coimbra, indo a casa aos fins de semana. A mãe tem 51 anos e é economista. O pai tem 49 anos e é diretor de produção. A jovem conta com o apoio da avó paterna, com quem tem relação de proximidade, e que a vai levar à escola frequentemente. A avó materna reside em Lar, após um AVC. Ambos os avôs já faleceram. O avô paterno faleceu antes da jovem nascer, enquanto o avô materno, com quem tinha uma relação próxima, faleceu em 2019. É uma família aparentemente funcional.

A M.S. refere relação de grande proximidade com a mãe e o namorado, sendo a mãe a pessoa que identifica como o seu recurso quando precisa, inclusive para se regular durante as crises de ansiedade mais intensas. Manifesta relação próxima com pai e irmã, identificando o pai como “uma pessoa reservada, de poucos afetos” (sic) e a irmã como alguém que “prefere afastar-se das coisas negativas, por não saber lidar com elas” (sic).

Genograma



LEGENDA:

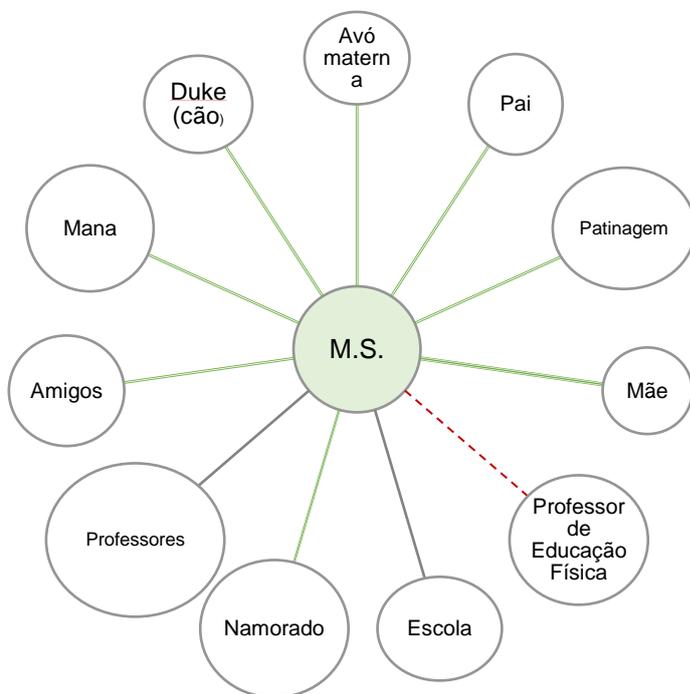


No que diz respeito ao contexto social, a jovem frequenta o 12º ano e pretende seguir Enfermagem Veterinária em Coimbra. Nos tempos livres pratica patinagem, estando lesionada desde Novembro, mas pretende retomar. Frequentou os escuteiros até 2022.

Caracteriza-se como uma pessoa sociável, com muitos amigos, não conseguindo identificar um melhor amigo. Tem namorado, há cerca de 2 anos, com quem refere ter boa relação. Identifica-se como uma boa aluna, com média de 15.

A construção do Ecomapa permite perceber a dinâmica de relações que mantém, o que pode ajudar na identificação de fatores protetores.

Ecomapa



LEGENDA:



Apesar do acompanhamento de saúde prévio, a adolescente verbaliza que tem crises de ansiedade frequentemente, principalmente antes e depois dos testes, especialmente os testes de matemática. Refere que coloca pressão em si mesma para ter boas notas, para ter média para entrar na faculdade. Verbaliza que por vezes tem insónia inicial, especialmente nas vésperas dos testes, acontecendo frequentemente, acordar a pensar num exercício, tendo a necessidade de se levantar para ir fazer esse mesmo exercício.

O internamento foi precipitado após um alerta dado pela psicóloga à mãe da M.S., uma vez que a adolescente verbalizou em consulta ter “vontade de desaparecer” e que “todos ficariam melhor sem mim” (sic). A jovem já tinha recorrido à urgência por intoxicação medicamentosa voluntária, no início do mês de Dezembro. Durante a entrevista verbaliza que neste episódio ocorrido em Dezembro, não queria morrer, mas apenas desaparecer por algum tempo. Relativamente à ideia suicida manifestada antes do internamento, refere que pensou em morrer após ter discutido com a irmã e ter percebido que esta e o pai achavam que ela não teria um problema de saúde real, mas apenas o fazia para chamar à atenção. Segundo as suas palavras, e de acordo com o KidCOPE, este facto deixou-a triste e muito zangada. Segundo ela, a mãe é o elemento da família que melhor a compreende.

Relativamente às crises conversivas verbaliza que nesses momentos sente que precisa de desligar para poder retomar o que estava a fazer a seguir. As crises ocorrem na escola e em casa, não associando a nenhum fator em específico, à exceção da ansiedade pré e pós testes.

Quando questionada sobre que estratégias utiliza para regular a sua ansiedade, a M.S. revela um discurso claro, detendo conhecimento sobre diversas estratégias, nomeadamente o controlo da respiração, atividades de distração como “ver 5 coisas, trocar em 4, saborear três e cheirar duas” (sic), ir passear o cão ou distrair-se com o telemóvel. Se a crise ocorrer durante a noite, tem tendência a pedir ajuda a mãe, que segundo ela, consegue acalmar recorrendo a frases tais como “Está tudo bem/ Vai ficar tudo bem”. A jovem refere que as estratégias de controlo de ansiedade que conhece foram ensinadas pela sua psicóloga, com que mantém uma relação terapêutica. Os resultados do preenchimento do KidCOPE - Versão para adolescentes, revelam que apesar de deter conhecimentos sobre diversas estratégias, no momento de crise que viveu, não foi capaz de as colocar em prática.

Ao ser questionada sobre o dia em que recorreu ao serviço de urgência revela que nesta crise sentiu que estava a perder o controlo da situação, reconhecendo o internamento como a solução que necessitava nessa altura.

Exame do Estado Mental:

A M.S. apresenta idade aparente coincidente com a idade biológica. Tem um aspeto cuidado e é afável ao contacto. Apresenta clareza de consciência e orientação no tempo, espaço e pessoa. Atenção captável e mantida, não se denotando alterações da memória a curto ou a longo prazo. Fácies expressivo, postura adequada, com vocabulário rico e cuidado, sem alterações do pensamento, a nível do curso, forma ou conteúdo. Nota-se alguma desejabilidade do discurso. Interação ajustada com adultos e com os pares. Humor eutímico. Sem alterações da motricidade. Verbaliza padrão de sono normalizado. Tem insight para o problema.

Perante os dados recolhidos através da Observação, Entrevista Clínica e Exame do Estado Mental, foram identificados como Focos de Atenção o *Autocontrolo: Ansiedade*, *Auto-agressão (Risco)*, *Autoestima* e *Papel parental*.

Raciocínio Clínico:

O Foco *Autocontrolo: Ansiedade* torna-se premente, uma vez que a jovem verbaliza a recorrência das crises de ansiedade, que apesar do conhecimento que revela sobre estratégias de autorregulação, parece existir falha na operacionalização das mesmas, dados acedidos através do questionário KidCOPE, tal como já foi referido anteriormente.

No que diz respeito ao Foco *Auto-agressão (Risco)*, tendo como suporte o diagnóstico clínico de entrada, justifica-se intervir junto da M.S. no sentido de prevenir o comportamento autolesivo.

Relativamente à *Autoestima*, a evidência aponta para que baixos níveis de autoestima se relacionam e são preditores de ansiedade, depressão e ideação suicida. A M.S. obteve uma pontuação elevada neste instrumento, contudo, e dada a evidência científica, considero que é um foco de atenção prioritário, principalmente pela desejabilidade de discurso que aparenta.

Por fim, o Foco de atenção *Papel Parental* é considerado um foco prioritário para intervir, atendendo à Teoria Geral dos Sistemas, segundo qual a família funciona como um sistema, ou seja, no qual os indivíduos que constituem uma família se relacionam de forma interativa e sistema interdependente (Veltri, Wilson-Mitchell & O'Mahony, 2018), sendo que uma alteração num elemento da família promove alteração nos restantes elementos (Alarcão, 2002).

Plano de Intervenção:

Diagnóstico de Enfermagem	Dados principais	Objetivos da Intervenção
Autocontrolo: Ansiedade comprometido	Dificuldade em gerir as crises de ansiedade, apesar de ter conhecimento sobre diversas estratégias de <i>coping</i> adaptativas	Promover a utilização de estratégias de <i>coping</i> adaptativas Desenvolver o autocontrolo e autorregulação da ansiedade
Risco de Auto-agressão	Utente internada em contexto de ideação suicida	Diminuir a possibilidade de ocorrência de comportamento auto agressivo
Autoestima nível elevado	Aparente desejabilidade do discurso; Ideação suicida	Promover o desenvolvimento de maiores níveis de autoestima
Papel parental comprometido	Falta de conhecimento da família sobre o problema de saúde mental da M.S.	Melhorar os conhecimentos da família sobre o problema de saúde mental da M.S. Promover um melhor desempenho do papel parental

Intervenções de Enfermagem
Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade
Ensinar Sobre Estratégias de Autocontrolo: ansiedade
Treinar Estratégias de autocontrolo
Ensinar sobre técnicas de relaxamento
Executar Intervenção psicoeducativa sobre a Ansiedade e estratégias de Autocontrolo
Incentivar a expressão de emoções

Assistir na identificação de fatores protetores

Assistir a identificar pontos fortes

Promover autoestima

Executar Apoio Emocional

Executar Técnica de Resolução de Problemas

Executar Escuta Ativa

Promover o papel parental

Apoiar o papel parental

Informar para o papel parental

Executar Intervenção psicoterapêutica, em conjunto com a enfermeira tutora, “Os Super-Heróis também têm vulnerabilidades”, direcionada para o reconhecimento de dificuldades, identificando estratégias para superar essas mesmas dificuldades.

Vigiar o comportamento

Resultado Esperado	Indicadores de Resultado
Contenção da Automutilação	140608 – Obtenção de assistência conforme a necessidade
	140610 – Uso de Medicamentos conforme prescrição
	140605 – Manutenção de Autocontrole sem supervisão
	140613 – Uso de estratégias eficientes de enfrentamento
Autocontrole da Ansiedade	14206 – Uso de estratégias eficientes de enfrentamento
	14207 – Uso de técnicas de relaxamento para reduzir a Ansiedade
	Valor da Escala KidCope – Versão para Adolescentes
Autoestima	Valor da Escala de Autoestima de Rosenberg

Resultados

A M.S. esteve internada 8 dias. Neste percurso, foi possível fazer avaliação inicial e final dos indicadores e escalas utilizadas. Na tabela seguinte estão apresentados os resultados referentes à avaliação inicial e final, correspondente ao momento da alta.

Instrumento de Avaliação/Indicador de Resultado	Score Inicial	Score Final
140608 – Obtenção de assistência conforme a necessidade	3	4
140610 – Uso de Medicamentos conforme prescrição	2	4
140605 – Manutenção de Autocontrole sem supervisão	2	3
140613 – Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	2	4
14206 – Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	2	4
14207 – Uso de técnicas de relaxamento para reduzir a Ansiedade	1	3
140202 – Eliminação de percussores da Ansiedade	1	3
Escala de Autoestima de Rosenberg	37	38

O questionário KidCOPE não foi cotado, uma vez que as respostas obtidas neste instrumento permitiram perceber quais as estratégias de *coping* utilizadas e que surtiram mais efeito para a M.S, no dia em que discutiu com a irmã, o evento gatilho para este internamento. Estas respostas foram utilizadas para o preenchimento do indicador 140613 e 140206 – *Uso de estratégias eficientes de enfrentamento*. Segundo a mesma, a estratégia de distração (ver TV) resultou durante o dia, contudo, ao deitar começou a sentir-se mais ansiosa utilizando estratégias como autocrítica, resolução de problemas e pedido de ajuda, primeiro à mãe e depois à psicóloga. Segundo as suas respostas, nenhuma das estratégias foi efetiva, à exceção do pedido de ajuda.

Nos momentos de intervenção com a adolescente, esta reconheceu que o pedido de ajuda é essencial, sempre que sentir que não é capaz de lidar com o problema sozinha. Contudo, foram discutidas estratégias no âmbito das intervenções terapêuticas realizadas em grupo e treinadas técnicas de respiração. Foi-lhe facultado o folheto do serviço sobre o Autocontrole de Ansiedade do serviço e sugeridas APP de relaxamento, assim como sugestões de leitura sobre o tema, para que pudesse experimentar no regresso a casa.

No momento da alta houve a possibilidade de validar com a M.S. os conteúdos aprendidos, assim como intervir junto da família, nomeadamente no reforço do Papel Parental, isto é, foi explicado aos pais que, enquanto modelos para as suas filhas, ensinam mais com o exemplo do que com palavras, pelo que uma estratégia para melhorar a comunicação com a M.S. seria eles darem o exemplo e partilharem as suas dificuldades, conquistas, emoções, não esperando apenas que a M.S. o faça de forma espontânea.

Considerações Finais

A elaboração de um plano de intervenção dirigido a uma utente permitiu treinar diferentes competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente ao nível da identificação de problemas e necessidades da pessoa, implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental à pessoa e família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica. (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Beja, R. M. de O. (2016). *Alterações Climáticas: Ambiente familiar, Coaching e Coping dos cuidadores enquanto preditor do Coping da criança* [Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário Ciências Humanas, Sociais e da Vida]. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6399/13/24111-OA.pdf>
- Carona, C., Silva, N., Moreira, H., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2014). Pediatric health-related stress, coping and quality of life. *Paediatrics Today*, 10, 112-128. doi: 10.5457/p2005-114.97
- CIPE (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Garcia, I., & O'Neil, J. (2021). Anxiety in Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.021>
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. *Crisis*, 34(1), 42-49. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>

- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência, V Série(Nº6)*, 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20133>
- Oliveira, Talles, A., Oliveira, Andrea, A. (2021). A percepção da ansiedade pelos adolescentes. In VI SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG – 12 e 13 de novembro de 2021. Recuperado de: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-iicirsqvasf-i-olymphealthcare-2022.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2018) – Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://docplayer.com.br/130437514-Ordem-dos-enfermeiros.html>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Veltri, L., Wilson-Mitchell, & O'Mahony, J. M. (2018). Family Nursins with Childbearing Families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steel, & M. Robinson (Eds.), *Family Health Care Nursins* (6th ed., pp. 357–387). F.A. Davis Company.
- World Health Organization. (2018). Adolescent mental health: Fact sheets. Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>