



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

SORAIA INÊS CAMPOS AMADO

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**  
**A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA**

Coimbra, Setembro de 2023





**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

SORAIA INÊS CAMPOS AMADO

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**  
**A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA**

Relatório Final de Estágio elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Quaresma.

Coimbra, Setembro de 2023



*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive”*

(Ricardo Reis in “Odes”)



## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à Professora Doutora Maria Helena Quaresma, e aos Enfermeiros Especialistas, fundamentais neste percurso.

À minha companheira de viagem, Filipa, por ter aceite embarcar nesta aventura, e por ser um ser humano maravilhoso de que muito me orgulho.

À minha família pela compreensão e incentivo.

Às minhas Marias pela alegria e alento.

Aos meus Tiagos pelo exemplo, partilha e motivação.

À Tita, à Móni, à Eneida e ao Ivo, pelo apoio, encorajamento e sapiência.

Ao Alecrim, à Domingas e ao Cow pelo entretenimento constante.

**Muito obrigada!**





## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**ACSS** - Administração Central Do Sistema De Saúde

**APA** - American Psychological Association

**BD** - Base de Dados

**CCE** - Caso Clínico de Enfermagem

**CCEE** - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

**CCISM** - Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

**CDE** - Código Deontológico do Enfermeiro

**CEEESMP** - Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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

**DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**DMG** - Doença Mental Grave

**DR** - Diário da República

**EADS-21** - Escala de Ansiedade, Stress e Depressão

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

**ESEnfC** - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

**GBPCECCISM** - Guia de Boas Práticas em Cuidados Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

**GC** - Grupo de Controlo

**GI** - Grupo de Intervenção

**GOBPCERPDMG** - Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados Especializados em Reabilitação da Pessoa com Doença Mental Grave

**IE** - Inteligência Emocional

**JBI** - Joanna Briggs Institute

**Mesh Terms** - Medical Subject Headings

**MESMP** - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**PIPSE** - Projeto de Intervenção Psicoeducativa Sabedoria das Emoções

**PNSM** - Programa Nacional para a Saúde Mental

**PRISMA** - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

**PRISMA ScR** - Extension for Scoping Reviews

**RAMa** - Residência de Apoio Máximo Adulto

**RCEEEESMP** - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**RCCEE** - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

**REPE** - Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados

**RS** - Revisão Scoping

**SM+** - Saúde Mental Positiva

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**TMMS** - Trait Meta-Mood Scale

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Estratégia de pesquisa na PUBMED -----	73
<b>Quadro 2</b> - Estratégia de Pesquisa no Motor de Busca EBSCOhost -----	74
<b>Quadro 3</b> - Características e resultados dos estudos incluídos -----	77
<b>Quadro 4</b> - Características da Intervenção -----	80

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - <i>Flowchart</i> do processo de seleção e inclusão do estudo -----	76
--------------------------------------------------------------------------------------	----



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>PARTE I - CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</b> .....	21
<b>1 - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO</b> .....	23
1.1 – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA - CONTEXTO DE INTERNAMENTO .....	24
1.2 - ESTÁGIO COM RELATÓRIO - EESMP CONTEXTO DE COMUNIDADE .....	27
1.3 - ESTÁGIO COM RELATÓRIO – EESMP CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS .....	30
<b>2 - O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA</b> .....	35
2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ----	36
2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	43
<b>PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO - A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA</b> .....	59
<b>RESUMO</b> .....	61
<b>ABSTRACT</b> .....	63
<b>3 - A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA</b> .....	65
3.1 - METODOLOGIA .....	72
3.2 - RESULTADOS .....	76
3.3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	81
3.4 - LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....	84
3.5 - CONCLUSÕES .....	85

<b>RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO - CONSIDERAÇÕES FINAIS -----</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----</b>	<b>89</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I - Caso Clínico de Enfermagem**

**APÊNDICE II - Intervenção psicoterapêutica técnica de Restruturação Cognitiva**

**APÊNDICE III - Intervenção Psicoeducativa de Autocontrolo de Ansiedade**

**APÊNDICE IV - Ação de Sensibilização para Celebrar o Dia Mundial da Saúde Mental**

**APÊNDICE V - Ação de Sensibilização Mais Saber Para Melhor Viver**

**APÊNDICE VI - Consulta de alcoologia**

**APÊNDICE VII - Projeto de intervenção psicoeducativa Sabedoria das Emoções**

**APÊNDICE VIII - Intervenção psicoterapêutica: treino de Assertividade**

**APÊNDICE IX - Projeto AcompanhadaMente**







## INTRODUÇÃO

O presente documento intitulado Relatório Final de Estágio, está inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) 2021/2023 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Quaresma.

Este documento assume uma enorme importância para o desenvolvimento e concretização do MESMP, pois é nele que se pressupõe ver espelhado todo o trabalho desenvolvido ao longo do 2º e 3º semestre que culminará com o grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Segundo Kim (2010), a enfermagem enquanto profissão é um mecanismo organizado para a função, que abrange um núcleo central, a prática de enfermagem, que por sua vez é apoiada por três componentes: o conhecimento de enfermagem; a formação, e a tradição de enfermagem. É a procura por formação especializada que encaminha o profissional para abertura de novos horizontes, contribuindo assim para que este se possa tornar detentor de um mais vasto conhecimento e de saberes técnicos e científicos, que assim contribuem para o desenvolvimento da profissão e para o aumento da qualidade dos cuidados.

O aumento do número de pessoas com doença mental é uma realidade bem presente a nível global, assumindo os EEESMP, através do seu mandato social, um papel decisivo na promoção da saúde mental e prevenção dos processos de doença, como também no *recovery* (recuperação) e *empowerment* (empoderamento) das pessoas com doença mental grave (DMG) e na minoração do estigma associado às patologias mentais.

O presente relatório visa a reflexão e a demonstração do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMP tendo por base os objetivos presentes no documento guia orientador de Estágio com Relatório (ESEnfC,2022b):

- “Refletir de uma forma crítica sobre o processo de ensino-aprendizagem;
- Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área de especialização em ESMP;

- Utilizar um discurso próprio da disciplina, com rigor científico, comunicando as conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades;
- Elaborar um relatório centrado na aquisição de competências profissionais especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) descrevendo as intervenções em situações complexas nos diversos contextos de estágio realizados e inclua o projeto de estudo, respeitando os elementos fundamentos de um relatório de investigação.” (ESEnfC, 2022b).

Como a consecução deste documento, espero também vir a alcançar os seguintes objetivos pessoais:

- Caracterizar os diferentes contextos de aprendizagem nos estágios do MESMP;
- Analisar crítica e reflexivamente o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e as competências específicas de EEESMP definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- Evidenciar consciência sobre o conhecimento obtido ao longo do mestrado;
- Evidenciar os resultados obtidos na componente de investigação cujo tema é – A Inteligência Emocional na Pessoa Idosa.

No que respeita à organização do documento Relatório Final de Estágio, esta baseia-se na estrutura proposta no documento Guia Orientador (ESEnfC, 2022b), da qual fazem parte a presente Introdução, a Parte I – Contextos Clínicos de Estágio e Desenvolvimento Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo constituída pela descrição dos diferentes contextos de estágio e, pela análise reflexiva e expositiva do desenvolvimento das competências gerais do enfermeiro especialista, assim como, das competências específicas do EEESMP, com recurso a exemplos sobre atividades desenvolvidas no decorrer dos referidos estágios. A Parte II – Componente de Investigação, conta com uma Revisão Scoping com base nas recomendações do Joanne Briggs Institute (JBI), sobre a temática “A Inteligência Emocional na Pessoa Idosa”. A segunda parte é composta pelo resumo, o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados, a discussão dos resultados, as limitações e implicações para a prática e a conclusão.

A finalizar existem ainda considerações finais que dizem respeito a todo o documento Relatório Final de Estágio, as referências bibliográficas e os apêndices tidos como pertinentes.

O documento teve em conta as referências bibliografias propostas, assim como outras que através de pesquisa, se verificaram pertinentes para as competências e atividades desenvolvidas. Para a sua concretização foram utilizadas as normas de elaboração de trabalhos escritos que constam no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (2016), em complementaridade com as normas American Psychological Association (APA), sétima edição.



**PARTE I**  
**CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO E**  
**O DESENVOLVIMENTO COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO**  
**ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E**  
**PSIQUIÁTRICA**



## **1 - CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

A componente de estágio do MESMP verificou-se uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento pessoal e profissional. Esta contemplou dois momentos de estágio, o primeiro, no segundo semestre, o Estágio de ESMP, tendo este uma duração total de 390h, e o segundo momento, o Estágio com Relatório, no terceiro e último semestre do mestrado, com uma duração total de 810 h, divididas em dois estágios, o primeiro em contexto de comunidade (12 semanas) e o segundo em contexto de Respostas Diferenciadas (8 semanas).

A realização de estágios permite o contacto indispensável com o contexto de prestação de cuidados, facilitando assim o processo de aprendizagem bem como o de consolidação de conhecimentos, devendo os estágios ser considerados elementos centrais na transição do Enfermeiro para Enfermeiro Especialista (OE, 2021b).

A Enfermagem de Saúde Mental (..) “é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. (...) sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas”.

(Regulamento n.º 365/2015 de 25 de Junho, pág. 17034-17035).

É, assim fundamental que os futuros Enfermeiros Especialistas, no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção.

O segundo momento de estágio foi realizado em parceria com outra colega mestranda, o que se revelou bastante benéfico, não só pela oportunidade de poder realizar a maioria das atividades de forma conjunta, mas sobretudo pelo trabalho em equipa, desenvolvido em prol de uma melhoria contínua dos cuidados dos diferentes contextos de estágio.

O meu processo de desenvolvimento tanto pessoal e profissional nestes contextos clínicos acabou também por ser beneficiado, uma vez que por existir semelhança nos valores pessoais e profissionais e no método e rigor de trabalho, se tornou facilitador potenciação as nossos pontos fortes ao longo destas semanas.

## 1.1 - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA - CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Este contexto de estágio encontrava-se principalmente voltado para a pessoa com doença mental em fase aguda e decorreu entre os meses de Maio e Julho de 2022, num total de 8 semanas.

A unidade de internamento de agudos onde realizei estágio, faz parte de uma instituição privada, da zona centro, reconhecida pela sua idoneidade, tendo por missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiátrica, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade da pessoa, numa visão humanista e integral.

No que respeita aos diagnósticos clínicos, estes eram diferenciados, tendo na sua maioria em comum o facto de ter existido uma agudização do quadro clínico que resultou em internamento hospitalar, sendo que à posteriori estas pessoas eram transferidas para esta instituição e este internamento em específico, cujas valências estavam voltadas para o tratamento à pessoa com doença mental em fase aguda. Para além de pessoas referenciadas de serviços de psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde (SNS), existiam também internamentos de cariz particular propostos pelos psiquiatras da instituição.

O referido internamento tinha, há data, capacidade para 29 utentes, funcionando em regime misto, e tendo as pessoas internadas idades compreendidas entre os 19 e os 76 anos. Quanto à equipa interdisciplinar, esta era composta pela equipa de enfermagem (5 enfermeiras de cuidados gerais e 1 EEESMP), equipa médica (6 psiquiatras) e equipa de auxiliares de ação médica (5). Para além disso, a instituição era ainda dotada de Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Monitores e diferentes ateliers de treino ocupacional, pautando todos estes profissionais com os quais me cruzei, pelos princípios institucionais que visavam sobretudo a excelência, a qualidade, a responsabilidade ética, a competência e eficiência.

No que respeita a programas implementados no internamento, existiam dois, o programa de adesão à terapêutica, e avaliação, ensino e treino de preparação da medicação, colocado em prática em algumas das pessoas que se encontravam em internamento e a reunião comunitária semanal (pressupunha uma análise de aspetos relevantes da semana anterior e delegação de tarefas). Existia também a possibilidade de encaminhar as pessoas internadas aos ateliers (costura, renda, artesanato -



trabalhos manuais, informática e jardinagem) após acordo prévio com os terapeutas que dinamizavam esses mesmos espaços.

Talvez por ser o primeiro estágio que realizei no contexto de estudante de mestrado, este revelou-se, tal como antecipei, um enorme desafio do ponto de vista profissional e pessoal, uma vez que ao mesmo tempo que agora me era dada oportunidade para colocar em prática tudo o que já me tinha sido ensinado em contexto teórico, existia também em mim uma inerente necessidade de estudo, de aprendizagem, e de evolução no contexto da prática, sobretudo tendo por base os objetivos específicos presentes no Guia de Estágio (ESEnfC, 2022a):

- “Identificar fenómenos de enfermagem no adulto internado em contexto psiquiátrico agudo;
- Valorizar potenciais do doente, familiares e amigos como parceiros dos cuidados;
- Conceber cuidados de enfermagem especializados, formulando juízos clínicos, prescrevendo e negociando cuidados, revelando capacidade crítica/decisão clínica baseada na evidência científica, ética e deontológica profissional e o estadio desenvolvimental da pessoa;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial, e psicoeducacional fundamentados e com qualidade técnica;
- Avaliar a efetividade dos cuidados tendo por base os resultados esperados/mudança no status diagnóstico e, sempre que possível, utilizar instrumentos de avaliação psicométrica/clinimétrica;
- Partilhar experiências no âmbito da comunicação e relacionamento terapêutico em contexto psiquiátrico, distinguindo as técnicas utilizadas e analisando à luz dos modelos de referência abordados;
- Refletir sobre o papel diferenciado do enfermeiro especialista na equipa de cuidados.” (ESEnfC, 2022a)

De acordo com Loureiro et al. (2015), a enfermagem enquanto ciência e profissão fundamenta a sua prática num vasto leque de conhecimentos, onde se incluem os modelos e teorias de enfermagem. Tendo por base os objetivos específicos, as características do estágio em internamento e o tipo de intervenções e documentos estabelecidos para serem desenvolvidos neste contexto, nomeadamente o Caso Clínico de Enfermagem (CCE) (Apêndice I), fizera com que optasse por fundamentar a minha prática no modelo das Relações Interpessoais segundo Hildegard Peplau, modelo que considerei o mais adequado, uma vez que para Peplau, a pessoa, o

enfermeiro/a e os fenómenos que decorrem durante o processo terapêutico são os elementos indispensáveis da prática de enfermagem. E, a relação interpessoal estabelecida entre estes intervenientes, poderá proporcionar um crescimento e desenvolvimento pessoal dos mesmos, considerando Peplau que a valorização da relação com o outro está inerente à enfermagem, existindo por isso sempre intencionalidade na interação com a pessoa cuidada (Almeida et al., 2005).

Como referido, neste estágio desenvolvi o CCE, onde foi possível junto com a pessoa em estudo construir um detalhado processo de enfermagem, do qual faz parte um plano de cuidados, plano esse, que contemplou intervenção psicoterapêutica através da técnica de Restruturação Cognitiva (Apêndice II), da técnica de relaxamento de Jacobson e a intervenção psicoeducativa sobre Autocontrolo de Ansiedade (Apêndice III), intervenções que procuraram ir ao encontro dos diagnósticos de humor deprimido, autocontrolo da ansiedade comprometido e autocontrolo de emoções comprometido.

Estes focos de intervenção foram evidenciados aquando da avaliação diagnóstica para a realização do CCE, através de entrevistas semiestruturadas, que permitiram a construção de um ecomapa e genograma, a realização do exame de estado mental e a aplicação da escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS-21) validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2004).

A intervenção psicoterapêutica técnica de Restruturação Cognitiva contou com um total de 6 sessões, e teve como principais objetivos: clarificação dos pensamentos automáticos negativos; desconstrução dos pensamentos automáticos negativos e de crenças irrealistas; reestruturação dos pensamentos; promoção e reforço do funcionamento cognitivo desejável ou alteração o funcionamento cognitivo indesejável; alteração de padrões de pensamento distorcido de forma a que pudesse olhar-se a si mesma e ao mundo de uma forma mais realista. Quanto há avaliação desta intervenção, essa foi qualitativa, tendo em conta os conhecimentos demonstrados antes e após a intervenção, assim como a evolução da pessoa com o decorrer destas sessões, sendo também solicitada a identificação por parte da pessoa dos seus ganhos no final de cada sessão.

A técnica de relaxamento de Jacobson foi realizada na sala de snoezelen da instituição com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade; facilitar a autorregulação emocional; promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento; e promover a interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes, sendo esta sessão avaliada através da monitorização de sinais vitais pré e pós intervenção.

A intervenção psicoeducativa sobre Autocontrolo de Ansiedade foi desenvolvida num total de quatro sessões, que visaram sobretudo a compreensão e resinificação de fatores precipitantes de ansiedade, a clarificação de estratégias de resolução de problemas, o ensino a instrução e o treino de técnicas de autocontrolo de ansiedade, e o ensino a instrução e o treino de técnicas de auto relaxamento.

Importa referir que nenhuma destas intervenções ocorreu em paralelo, sendo que aquando do término das mesmas foi de novo aplicada a escala EADS-21, de forma a perceber se estas intervenções tiveram impacto na pessoa. Previamente à realização das intervenções o plano de cuidados foi explicado à pessoa, sendo-lhe pedido nesse momento, que caso concordasse, assinasse um consentimento informado após lhe ter sido dado conhecimento das intervenções contempladas no plano de intervenção proposto.

Gostaria de salientar, que há luz do conhecimento que detinha naquele momento, o trabalho que desenvolvi nomeadamente, o exame do estado mental, a construção de planos de cuidados, planeamento, implementação e avaliação de intervenções específicas do EEESMP, superou as minhas expectativas, ao mesmo tempo que, me transmitia conhecimento fundamental para os trabalhos que desenvolvi nos contextos de estágios seguintes.

## 1.2 - ESTÁGIO COM RELATÓRIO - EESMP CONTEXTO DE COMUNIDADE

O estágio em contexto de comunidade fez parte do Estágio com Relatório e teve uma duração de 12 semanas, entre Setembro e Dezembro de 2022 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga.

As UCC surgiram após publicação pelo Ministério da Saúde em Diário da República (DR), pelo Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro em 2008, ficando assim estabelecido, não só o regime de criação, como também a estruturação e o funcionamento das mesmas.

A unidade onde realizei estágio tem como missão contribuir para melhorar a saúde da população, prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário/comunitário a pessoas/famílias/grupos vulneráveis ou com dependência física e funcional ou que por doença necessitem de acompanhamento próximo. Assim como, a promoção de ações de educação para a saúde e participação na integração de redes de apoio à família, articulada com instituições e órgãos de poder local,

demonstrando esta unidade capacidade para dar formação a grupos profissionais incluindo os seus colaboradores.

A referenciação para a UCC, poderá ser realizada por diferentes meios, sejam eles diferenciados ou indiferenciados – por exemplo, indicação das equipas de referência dos Centro de Saúde, instituições hospitalares, parceiros sociais (instituições particulares de solidariedade social, estabelecimentos de ensino, estabelecimentos prisionais, organismos de gestão pública e estruturas residenciais para pessoas idosas), ou ainda, por iniciativa própria dos indivíduos. A população residente na área geográfica de abrangência era, em 2021, de cerca de 39,235 habitantes (PORDATA, 2021).

A equipa interdisciplinar que compunha a unidade onde realizei estágio, era constituída por cinco enfermeiras, duas delas EEESMP, uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária, e uma enfermeira especialista em reabilitação. E também, um médico afeto à consulta de alcoologia, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, assistente técnica, e higienista oral, sendo que toda a equipa multidisciplinar exerce a sua atividade com autonomia organizacional, técnica e funcional assumido a responsabilidade de promover um bom nível de prestação de cuidados tendo a cargo uma carteira básica de serviços.

No início deste estágio foi importante conhecer os projetos já existentes na unidade ligados à saúde mental, bem como as parcerias municipais, para não só compreender a dinâmica e forma de articulação da equipa multidisciplinar, como os próprios projetos, e espaços municipais nos quais estes pudessem vir a ser colocados em prática, para com base nisso, poder delinear de uma forma concisa intervenções de forma a poder atingir os objetivos que pretendia desenvolver neste contexto.

Os projetos centrais da UCC ligados à saúde mental são: a consulta de alcoologia - consulta em contexto de tratamento da pessoa/família com dependência de álcool. A Saúde Escolar e Projeto “+Contigo” - programa de promoção da saúde mental e prevenção do comportamento suicidário em adolescentes. O Programa de Reabilitação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica - intervindo o EEESMP no autocontrolo da ansiedade e as aulas de Preparação para o Parto - intervindo o EEESMP em sessões de psicoeducação sobre *baby blues* e técnicas de autocontrolo de ansiedade.

Já as parcerias, existiam sobretudo com a Câmara Municipal em ações promovidas no município e com as respetivas valências do município direcionadas ao envelhecimento ativo.

O estágio de ESMP em contexto de comunidade é, do meu ponto de vista, preponderante na promoção da saúde mental e na prevenção da doença, sendo essa uma das principais razões pelas quais é um contexto de estágio que privilegio.

Segundo a OE, a (..) “enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto, pág 21427).

Assim, tendo por base o Guia de Estágio (ESEnC, 2022b) objetivos específicos que delinee para a consecução deste contexto de estágio foram:

- Integrar de uma forma crítica e reflexiva a equipa multidisciplinar de modo a desenvolver competências enquanto enfermeira especialista, assim como contribuir para a promoção da saúde mental da comunidade onde esta UCC está inserida.
- Comemorar o Dia Mundial da Saúde Mental (10 de Outubro) no Centro de Saúde, junto dos profissionais e utentes através de sessão de sensibilização sobre fatores protetores de saúde mental.
- Dinamizar na feira da Saúde junto da comunidade a promoção da saúde mental.
- Participar na consulta de alcoologia da UCC.
- Participar em sessões de promoção de saúde do programa de Saúde Escolar existente.
- Desenvolver o Projeto Individual de Investigação, de forma a promover o envelhecimento ativo e a prevenção de doença mental.
- Avaliar de forma criteriosa as intervenções desenvolvidas no contexto de ESMP estágio em comunidade, direcionados sobretudo no projeto de investigação.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram: Ação de Sensibilização para Celebração do Dia Mundial da Saúde Mental (Apêndice III); a dinamização da participação da UCC na feira da saúde do município, com a ação “Mais Saber para Melhor Viver” (Apêndice IV); a dinamização da consulta de alcoologia da UCC (Apêndice V); Saúde Escolar, através da aplicação de questionários iniciais do Projeto “+ Contigo” e a implementação do Projeto de intervenção psicoeducativa Sabedoria

das Emoções (PIPSE) (Apêndice VI). Saliento ainda que neste contexto de estágio existiu ainda oportunidade de participar no II Encontro de *Benchmarking* de ESMP, promovido pela OE, bastante profícuo sobretudo pela partilha de experiência de futuros pares, sobretudo no que respeita a projetos de investigação e de intervenção em saúde mental.

Julgo ser importante evidenciar o PIPSE, que veio ao encontro dos dois últimos objetivos específicos aos quais me propus para este contexto de estágio. Este projeto teve como propósito a promoção da inteligência emocional (IE) na pessoa idosa, tendo sido realizado numa valência do município direcionada à promoção do envelhecimento ativo dos munícipes.

Quanto às características do projeto, este contou com sete participantes com 65 ou mais anos, do sexo feminino, aos quais foi explicado o projeto e solicitado, caso concordasse, que consentissem a recolha e análise de dados resultantes da participação no estudo. O PIPSE decorreu durante sete semanas, tendo sido realizada semanalmente uma sessão de aproximadamente 45 minutos.

Os objetivos deste projeto visaram sobretudo a promoção do bem-estar pessoal e de pertença ao meio envolvente, favorecer o desenvolvimento de competências de relação interpessoal; facilitar a tomada de decisão e a resolução de problemas, contribuir para o aumento de competências relacionais na pessoa idosa.

Do projeto fizeram parte uma atividade de quebra gelo de forma a explicar às pessoas as características do projeto, sessão zero, onde foi realizada a avaliação inicial (questionário sociodemográfico, questionário de conhecimento sobre IE), cinco sessões de intervenção psicoeducativas baseadas no modelo de Daniel Goleman de inteligência emocional, tendo as temáticas incidido sobre autoconsciência, gestão de emoções, empatia, gestão de relacionamento em grupo e automotivação e a sessão final de avaliação do projeto (questionário de conhecimentos sobre IE).

Este projeto revelou-se muito enriquecedor, uma vez que o desenvolvimento de uma intervenção psicoeducativa sobre inteligência emocional para uma população idosa, acarretou diversos desafios sobretudo em relação à população alvo, no que respeita à abordagem, à partilha, e à adaptação ao contexto, desafios estes que julgo ter conseguido mitigar ao longo destas sessões, tendo sempre presente aquelas que são as competências específicas de uma EEESMP e apropriando-me de uma linguagem de especialista, mesmo quando essa passava por assumir uma linguagem natural.

### 1.3 - ESTÁGIO COM RELATÓRIO - CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio em contexto de respostas diferenciadas teve lugar numa Residência de Apoio Máximo Adulto (RAMa), uma das tipologias de cuidados continuados em saúde mental da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), neste caso integrada na mesma instituição da região centro onde foi realizado o estágio de ESMP, tendo, no entanto, este estágio tido uma duração de 8 semanas.

A RNCCI foi criada em 2006 através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, enquanto que a lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (CCISM) existe desde 2010 tendo tido origem no Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, que previa a criação de um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com DMG das quais resultasse incapacidade psicossocial ou situação de dependência.

A existência de diferentes tipologias de unidades de cuidados, tendo sobretudo em consideração os graus de dependência e necessidade das pessoas que delas beneficiariam poderá ser a razão da demora na operacionalização do decreto-lei de 2010, pois só em 2017, foi inaugurada a primeira Unidade de CCISM, uma residência de apoio máximo para adultos.

No que respeita à referenciação para as RAMa de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2022), esta comporta pessoas com idade igual ou superior a 18 anos cujo diagnóstico psiquiátrico configure uma doença mental grave (DMG), clinicamente estabilizada e tendencialmente crónica, da qual resulte incapacidade psicossocial, e cujo projeto de reabilitação determine o acompanhamento por período programado, em residência, unidade socio-ocupacional ou equipa de apoio domiciliário da RNCCI, existindo atualmente cerca de 160 lugares afetos aos CCISM a nível nacional, podendo qualquer profissional de saúde ou social sinalizar a pessoa com DMG, para a RNCCI (ACSS, 2022).

De acordo com o ACSS (2022), numa RAMa, as pessoas admitidas poderão ter graves limitações funcionais e cognitivas assim como dificuldades relacionais acentuadas, e/ou incapacidade de reconhecer situações de perigo, e/ou incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio ou de terceiros, bem como reduzida mobilidade, e ainda necessidade de apoio na higiene, na alimentação, nos cuidados pessoais, na gestão monetária e terapêutica.

A equipa multidisciplinar nas RAMa é normalmente composta por EEESMP aos quais estão previstas 8h de contacto diário, terapeuta ocupacional, assistente social, assistentes operacionais e monitores. Estando previsto um acompanhamento

permanente, neste caso a cargo dos assistentes operacionais, para os quais estão previstos turnos em horário noturno.

A unidade RAMa onde realizei estágio, tinha há data capacidade para o internamento de 12 pessoas em regime misto, no entanto, permaneciam 9 pessoas em contexto de internamento, encontrando-se duas pessoas internadas em outras valências da instituição, por referenciação que se revelou pouco adequada às características de uma RAMa. No que respeita às idades, estas eram compreendidas entre os 21 anos e os 63 anos, sendo a Esquizofrenia a patologia com maior incidência nas pessoas internadas.

A realização de estágio numa RAMa, permitiu obter um conhecimento diferenciado sobre o funcionamento destas unidades de CCISM de apoio máximo, onde por norma o grau de incapacidade das pessoas com doença mental é na sua maioria elevado, e cujo o período de permanência é de 12 meses, com possibilidade de prorrogação.

Aquando do internamento na unidade, a equipa interdisciplinar estabelece com a pessoa um plano individual de intervenção (PII), no qual são propostos objetivos a atingir ao longo do internamento, importando salientar que este plano é revisto com uma periodicidade trimestral.

Esta unidade, em específico, estava em funcionamento há menos de 12 meses e tinha os seguintes projetos em curso: a adesão à terapêutica, e avaliação, ensino e treino de preparação da medicação, e a reunião comunitária semanal com o intuito da delegação de tarefas e atividades de vida diárias, colocação das mesas de refeição, e treino de confeção de alimentação.

Esta valência contava ainda com algumas parceiras exteriores, nomeadamente o Centro Hospitalar na Região Centro – Unidade de Psiquiatria e um Projeto de Emprego Protegido.

Mediante as sete semanas previstas para este contexto de estágio e os objetivos que gostaria de ver alcançados nesta competente clínica foi solicitado à enfermeira tutora que evidenciasse áreas nas quais pudéssemos contribuir, de forma a que pudéssemos desenvolver intervenções profícuas, às quais fosse dada continuidade se assim fosse o caso, pela equipa após o término do estágio, uma vez seria curta a margem temporal para um levantamento de necessidades era escassa. Tendo nos sido indicado que a equipa interdisciplinar gostaria de desenvolver um projeto de intervenção psicoeducativo para os familiares da pessoa com DMG, projeto esse cuja construção até já tinha sido iniciada e que ao qual decidimos de imediato dar continuidade.



Tendo por base os objetivos gerais e específicos da componente clínica em contexto de respostas diferenciadas, presente no guia orientador do estágio com relatório (ESEnfC, 2022b) propus-me neste contexto de estágio a:

- Desenvolver de forma estruturada e sistematizada um projeto de intervenção psicoeducativa para a família/cuidador das pessoas com doença mental grave.
- Prestar cuidados às pessoas utilizando intervenções do âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossociais e psicoeducacionais, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
- Consolidar competências científicas, técnicas e relacionais a um nível aprofundado, no âmbito da prestação de cuidados, investigação e gestão;
- Atuar conjuntamente com outros membros da equipa interdisciplinar no atendimento diferenciado em situações complexas;

Como referido, o curto espaço temporal para realização do estágio, implicou uma dificuldade acrescida a este contexto, uma vez que o tempo para conhecer as pessoas e estabelecer uma relação terapêutica foi limitado, razão pela qual tanto os objetivos específicos desta componente clínica como a orientação da enfermeira tutora foram preponderantes para o desenvolvimento de todas as atividades.

A equipa demonstrou sempre ser uma enorme mais-valia no decorrer do estágio, inteirando-nos das alterações que ocorriam na nossa ausência, incluindo-nos em reuniões familiares marcadas previamente, bem como demonstrando apoio e cooperação no desenvolvimento das nossas atividades.

As intervenções desenvolvidas foram ao encontro das necessidades evidenciadas por algumas pessoas internadas, no caso a intervenção psicoterapêutica de treino de Assertividade (Apêndice VIII), com uma pessoa internada que, durante o período de estágio pôde integrar um emprego protegido ao mesmo tempo que iniciava gradualmente o regresso a casa. Este treino decorreu durante seis sessões e a avaliação da intervenção foi realizada com recurso ao teste de Assertividade de Townsend (2011) adaptado de Loyd (2002). Foi igualmente desenvolvido, o Projeto de intervenção psicoeducativa intitulado AcompanhadaMente, para familiares de pessoas com doença mental grave (Apêndice IX). Tendo este projeto sido elaborado para ser constituído por oito sessões, distribuídas ao longo dos 12 meses de internamento, sendo o objetivo geral capacitar os familiares de pessoas com diagnóstico de DMG, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família. Contém ainda, como objetivos específicos, o ganho de conhecimentos de

conhecimentos das famílias e cuidadores, sobre as doenças mentais graves e formas de tratamento; promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e de sobrecarga do cuidador; melhorar as estratégias de coping utilizadas pela família; facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família; facilitar o regresso da pessoa com DMG ao seu contexto familiar e social, reduzindo o número de recaídas e reinternamentos.

Os instrumentos de avaliação que seleccionámos foram: Questionário de dados sociodemográficos; Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit; Questionário inicial e final, tendo por base o questionário de conhecimento acerca da esquizofrenia adaptado e validado por Barreto Carvalho e Barreto, 2007, para a população portuguesa; Questionário Registo de Sessão; Questionário de avaliação das sessões intermédias; Questionário de satisfação.

A periodicidade das sessões foi delineada de forma a que os familiares mantivessem contacto com a unidade ao longo dos 12 meses de internamento e que as temáticas abordadas fossem ajustadas a diferentes fases do internamento e à preparação da alta.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de contactar com alguns dos familiares das pessoas internadas, sendo essa a principal razão pela qual a construção do projeto AcompanhadaMente se tornou um desafio e uma aprendizagem, pois percebemos a importância que o seu contributo poderia ter para as famílias dos utentes da RAMa, famílias essas que, em muitos dos casos, nunca tiveram enquanto familiares e cuidadores de pessoas com DMG contacto com os cuidados de saúde.

Procurámos por isso, que este projeto apresentasse características genéricas presentes na literatura e no contexto da prática, que permitissem aos seus participantes serem capacitados com conhecimento e estratégias para melhorar a funcionalidade familiar, reduzindo a sobrecarga do cuidador, a fim de promover a facilitação do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com DMG e a reintegração na família.

Devido à escassez temporal, este projeto será colocado em prática pela equipa interdisciplinar, à qual tivemos a devida oportunidade de o apresentar.

Em suma, este contexto de estágio revelou-se bastante enriquecedor para o meu percurso, mas também destacou uma realidade no que concerne às respostas do sistema nacional de saúde à reabilitação e reintegração da pessoa com doença mental grave que de alguma forma, carece de reflexão, evidenciando também que longo é ainda o caminho a percorrer, mas que muito é o que poderá ser feito.

## **2 - O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA**

Nesta seção do documento procuro analisar de forma crítico reflexiva o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista (CCEE) e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (CEEESMP) face as oportunidades que vivenciei nos diferentes momentos de estágio, caracterizados anteriormente.

Ciente que o conhecimento e a competência são alicerces fundamentais em Enfermagem, sendo para isso necessário produzir, renovar contínua e sistematizadamente, o leque de conhecimentos (OE, 2020).

Patricia Benner (2001), no seu modelo teórico evidencia que o desenvolvimento de competências e conhecimentos dos enfermeiros evoluem de iniciados a peritos, tendo ao todo cinco diferentes etapas (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), também Figueiredo e Queirós (2015) salientam ainda a relevância dos enfermeiros, aperfeiçoarem ao longo do tempo o seu conhecimento.

Os diferentes estágios permitiram-me a aquisição de competências, não só comuns aos enfermeiros especialistas como também, específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e indissociáveis tanto do meu desempenho, como também do meu percurso para concretização desta etapa.

O tempo de estágio foi abejado em oportunidades de desenvolvimento de conhecimento, aperfeiçoamento da prática, assim como de reflexão sobre ambos.

Considerando a Enfermagem, como nos sugere Meleis (2012), uma ciência humana prática, o contexto de estágio surge como momento fulcral para o desenvolvimento das diferentes competências previstas para o EEESMP no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, sendo que para o desenvolvimento dessas mesmas competências ao longo deste percurso, em muito contribuíram diferentes referenciais teóricos, designadamente o modelo das Transições de Alaf Meleis e o modelo Relações Interpessoais segundo Hildegard Peplau.

Procurei que o trabalho desenvolvido ao longo dos contextos de estágio tivesse por base a facilitação dos processos de transição, evidenciados pela gestão do autocuidado terapêutico ao longo do ciclo de vida, de forma a que o trajeto vivencial

dos indivíduos, famílias e comunidades, visasse sobretudo a promoção da saúde e o bem-estar e não se baseasse apenas no conceito de saúde ou no conceito de doença, princípios esses evidenciados no modelo das Transições de Meleis (Meleis & Trangenstein, 1994).

Quanto ao modelo Relações Interpessoais segundo Hildegard Peplau, que aponta a necessidade de que relações interpessoais sejam construídas para que a pessoa e o profissional de saúde possam alcançar desenvolvimento e crescimento pessoal (Peplau, 1990), revelou-se fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica nos diferentes contextos.

O uso de uma metodologia crítica e reflexiva também se revelou imprescindível para o meu desempenho, uma vez que a atividade profissional deve ser assente na consciência da imprevisibilidade dos contextos de ação e na compreensão da atividade profissional como atuação inteligente e flexível (Alarcão, 2003). O ciclo reflexivo de Gibbs foi ponto de partida para a realização do processo reflexivo, ao me orientar e ao estruturar as minhas reflexões sobre as experiências que fui vivenciando, pelo que não posso deixar de o considerar indispensável para o desenvolvimento pessoal e profissional no decurso deste percurso formativo (Palmer et al., 1995).

## 2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) foi aprovado em Maio de 2010 e publicado inicialmente em Fevereiro de 2011, sendo de acordo com Nunes (2014), a compreensão sobre o perfil de competências do enfermeiro especialista nele publicado, essencial para tomar decisões e configurar o território de ação do enfermeiro especialista.

Entretanto atualizado em 2019, este regulamento define que um Enfermeiro Especialista como aquele (..) “que possui conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão”

(Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, pág.4744).

Segundo o regulamento supracitado, as competências comuns resultam sobretudo (..) “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 140/2019 de 6 de Fevereiro, pág.4745). Partilhando os

enfermeiros especialistas um conjunto de domínios, as competências comuns: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro).

Encontrando-se estes associados a subdomínios que evidenciam as características fundamentais a ter em conta em cada um deles:

### ❖ “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”

#### **Subdomínios**

(..) “A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

(..) A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

(Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, Artigo 10º, Anexo I, pág. 4446)

Diariamente, é necessário que fundamentemos a nossa prática em princípios éticos, deontológicos e legais, princípios esses que são fulcrais para o desempenho competente das nossas funções. Evidenciando-se assim, a necessidade dos enfermeiros em qualquer das categorias, conhecerem as suas responsabilidades éticas, civis e penais perante as suas ações profissionais, bem como os seus direitos e deveres, pelo que um amplo conhecimento sobre o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem (REPE) se tornam imprescindível para uma prática profissional segura.

Lucília Nunes (2022) considera que a enfermagem tem dimensão ética que envolve: o respeito e a proteção pela dignidade humana; pela dimensão moral, uma vez que a sociedade espera um desempenho competente, de qualidade; pela expressão deontológica e jurídica, onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres e o desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A mesma autora (2022) presume que para tal, exista uma apropriação de saberes que integrem conceitos, princípios, valores e deveres, bem como a sua relação no quadro do exercício profissional da Enfermagem e sua regulamentação.

Todas as atividades desenvolvidas durante os estágios foram sempre pautadas por “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão

ética e deontológica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, pág.4746), baseado numa avaliação contínua da prática, bem como na definição, implementação e avaliação de atividades centradas nas necessidades das pessoas que delas beneficiariam, tendo sempre em conta o conhecimento de princípios éticos e morais.

O consentimento informado, foi algo sobre o qual sempre recaiu muita da minha atenção, sendo sempre formalmente solicitado, de acordo com o contexto e com o tipo de trabalho desenvolvido, procurando também que toda a informação transmitida e solicitada às pessoas era a mais relevante e isenta de condicionalismos, com total respeito pela sua confidencialidade e anonimato (Vicente, 2014).

Todos os trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio visaram sobretudo ir ao encontro do melhor interesse dos seus intervenientes, sendo estes pautados por idoneidade e transparência, respeitado sempre a liberdade, a igualdade, a individualidade e a dignidade humana de cada um, colocando a pessoa no centro do processo de enfermagem, assim como o respeito pelas suas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos, assumindo assim uma abordagem construtiva na relação terapêutica, preservando em cada momento a autonomia da pessoa com doença mental, tendo por base a Lei de Saúde Mental presente no Decreto-Lei n.º 36/98 de 24 de Julho, o Programa Nacional de Saúde Mental, o Decreto-Lei n.º 113/2021, 14 de Dezembro. Bem como, toda a legislação internacional de defesa e promoção da saúde mental e psiquiátrica, veiculada sobretudo pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

#### ❖ “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”

##### **Subdomínios**

(..) “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”;

(..) “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”

(..) “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

(Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, Artigo 10º, Anexo II, pág.4747)

Leprohon (2001), frisa que a qualidade em saúde é uma construção coletiva que resulta da competência individual de cada um e, desse modo, a melhoria contínua da qualidade exige a transformação de conhecimentos em competências, que acrescentem valor aos profissionais e às organizações.

De uma forma geral, perante esta competência, os pontos B2 e B3 foram os mais trabalhados em contexto de estágio, uma vez que existiu sempre uma preocupação em promover um ambiente terapêutico e seguro, algo também já evidente nas instituições nas quais realizei estágio, onde já existiam preocupações acrescidas em proporcionar um ambiente no qual as pessoas se pudessem sentir seguras.

Rascão (2004) refere-se aos cuidados de enfermagem de qualidade, como aqueles que são prestados segundo as normas e procedimentos técnicos, indo assim ao encontro das necessidades das pessoas, conduzindo à sua satisfação e correspondendo às suas expectativas.

Existiu em contexto de estágio, desde sempre, preocupação em conhecer os contextos, ou seja, para onde poderia ser direcionado o trabalho desenvolvido, por forma a que este fosse ao encontro das necessidades que observava ou que os profissionais evidenciavam como prementes, para que assim, ao trabalho desenvolvido pudesse ser dada continuidade pelas equipas interdisciplinares após o término do estágio.

No contexto de estágio em comunidade, existiu possibilidade de desenvolver a fundamentação teórica para a consulta de alcoologia, bem como de realizar o PIPSE, com a finalidade de capacitar a pessoa idosa sobre estratégias que fortaleçam a sua inteligência emocional, tendo essa intervenção ficado disponível para ser replicada posteriormente.

Foram ainda realizadas outras atividades, como a ação de sensibilização para Celebração do Dia Mundial da Saúde Mental, cuja finalidade passava por sensibilizar utentes e familiares para a importância da saúde mental no seu dia-a-dia, e a ação de sensibilização na feira da saúde onde se pretendeu sensibilizar a comunidade sobre a ansiedade e a existência de técnicas de auto relaxamento para minorar a mesma. Todos estes projetos e intervenções visaram ir ao encontro da missão da UCC, referida anteriormente, almejando uma diferenciação e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados oferecidos à população abrangida por estas.

No contexto de estágio de respostas diferenciadas foi desenvolvido a intervenção psicoterapêutica de treino de Assertividade que poderá ser replicado no futuro pelos profissionais e estudantes de mestrado, e o Projeto AcompanhadaMente. Um projeto de intervenção psicoeducativa que visa capacitar os familiares de pessoas com diagnóstico de doença mental grave, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família, sendo este composto por nove sessões

a decorrer num espaço temporal de aproximadamente doze meses e que será colocado em prática pela equipa interdisciplinar da RAMa.

Foi ainda fomentando no primeiro campo de estágio que na síntese crítica de atividades, caso fosse pertinente, pudesse enquanto futura EEESMP deixar sugestões de melhoria para o contexto de estágio. Reflexão que considerei benéfica tanto para aquele contexto como para os seguintes, e até mesmo para o meu contexto laboral.

Em todas as intervenções realizadas, foi sempre pedido às pessoas alvo dessas mesmas intervenções que as avaliassem no final de cada sessão e sugerissem forma caso necessário de as melhorar, visando sempre melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

### ❖ “Domínio da gestão dos cuidados “

#### **Subdomínios**

(..) “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”

(..) “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

(Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, Artigo 10º, Anexo III, pág. 4748)

No que respeita ao domínio da gestão de cuidados, julgo que o caso clínico de enfermagem, proposto no primeiro estágio, ao ser uma abordagem metodológica de investigação, adequada quando o propósito é compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos nos quais estão envolvidos diversos fatores, evidencia pelas suas características a superação deste domínio (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Metodologicamente o CCE teve em conta diferentes etapas, desde a seleção da pessoa e seu consentimento para a realização do mesmo; a recolha de informações através de entrevistas semiestruturadas e exploratórias; a realização do exame do estado mental, bem como um processo de pensamento crítico, clínico e reflexivo de forma a compreender a problemática e identificar possíveis soluções, planificação e a construção de um plano de cuidados com linguagem que respeita a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2016).

Uma vez que o planeamento e implementação das intervenções de enfermagem foi subjacente às necessidades identificadas, e tendo o processo de enfermagem de saúde mental respeitado as seguintes fases: apreciação, diagnóstico, identificação dos



resultados, planeamento, implementação e avaliação, fases essas que foram estruturadas e planeadas de forma individual e centrada na pessoa (Townsend, 2009), o CCE trouxe inúmeras mais valias para o meu desenvolvimento durante o estágio em ESMP, permitindo-me sobretudo aprofundar conhecimentos sobre a patologia depressiva ao mesmo tempo que estruturava e colocava em prática um processo de enfermagem de início ao fim.

Nos projetos de intervenção psicoeducativa desenvolvidos, Sabedorias das Emoções e AcompanhadaMente, existiu sempre necessidade de que, não só os conteúdos utilizados como também a forma de comunicação, chegasse de uma forma perceptível a todos os participantes, procurando sempre adequar e contextualizar com exemplos da prática de cada pessoa, validando sempre que a informação transmitida era compreendida.

O projeto Sabedoria das Emoções, também se mostrou desafiante e arrojado de desenvolver com a população idosa, devido possivelmente a crenças relacionadas com a sabedoria advinda da experiência de vida, ou mesmo por ser uma geração historicamente educada mais para subsistir do que para sentir, onde o espaço para refletir sobre as próprias emoções, sentimentos e reações não tinha em muitos dos casos, até então surgido.

A articulação e o uso de diferentes recursos disponíveis dentro e fora das equipas interdisciplinares dos contextos de estágio, assim como as parcerias com outras entidades, foram imprescindíveis para o desenvolvimento de atividades.

Ainda no domínio da gestão de cuidados, importa salientar a relação de cordialidade desenvolvida com as diferentes equipas interdisciplinares, e julgo ser importante evidenciar que algumas competências que pude desenvolver dizem também respeito à consciente delegação de funções a outros elementos dessas mesmas equipas capacitados para as realizar, pois tal como referem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001), as intervenções realizadas por enfermeiros especialista ou delegadas pelo mesmo, deverão ser executadas respeitando os padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos, pelo que no caso de serem delegadas, caberá assim ao enfermeiro especialista avaliar se a sua execução está ou não de acordo com esses mesmos padrões, algo para o qual estive de uma forma geral desperta.

#### ❖ “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

##### **Subdomínios**

(..) “D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”

(..) “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

(Regulamento n.º 140/2019 de 6 Fevereiro, Artigo 10º, Anexo IV, pág.4749)

As aprendizagens profissionais advindas do contexto da prática foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. No entanto, este “título” no meu ponto de vista assenta também num desenvolvimento pessoal e profissional prévio, no desenvolvimento empírico proporcionado pela componente teórica do mestrado, e culmina posteriormente na componente prática, na qual se espera conseguir evidenciar o conhecimento assim como transpô-lo para o cuidar.

Queirós (2014), defende que uma prática baseada em evidências é necessária e fundamental no cuidar, uma vez que faz parte de um todo de conhecimento, conhecimento este que poderá ser parceiro das outras formas própria das ciências humanas práticas, caracterizadoras das formas de aceder ao conhecimento disciplinar, e de responder de forma assertiva ao esperado e exigido socialmente. Procurando para isso que exista sempre uma adequação prática ao contexto, o que também corrobora Medina Moya (2002; 2008), uma vez que considera que a atividade da enfermagem tem lugar em situações sociais de grande complexidade e ambiguidade. No entanto, este último considera que existem situações que não podem resolver-se somente através do conhecimento científico, e que ser enfermeiro implica uma prática refletida que recorre aos saberes oportunos, no momento adequado e a aplicação destes nas diversas situações da forma mais pertinente (Medina Moya, 2002; 2008).

Para Alarcão (2003), a atividade profissional deve estar assente na consciência da imprevisibilidade dos contextos de ação e na compreensão da mesma com uma atuação inteligente e flexível, situada e reativa, que se baseie na prática reflexiva.

Por todas as experiências prévias enquanto pessoa, enquanto enfermeira generalista, enquanto mestranda, exposta ao contexto teórico do mestrado e enquanto mestranda exposta ao contexto da prática considero imprescindível que o cuidar tenha por base a evidência científica mais recente e adequada ao contexto sem esquecer, no entanto, a complexidade e a humanidade necessária para o desempenho da minha profissão no dia-a-dia.

Estando certa da importância do conhecimento científico, como da sua adequação à prática e ao cuidar, nos contextos de estágios foi de uma forma geral possível

desenvolver estas competências em todas as intervenções desenvolvidas, no então evidencio o CCE, consulta de alcoologia, e o treino de Assertividade, talvez pela sua exigência profissional que permitiu adquirir maior experiência e aprendizagem.

Em síntese, procurei em cada contexto de estágio consolidar estas competências numa atitude proactiva de respeito pelas regras e normas institucionais e dos normativos ético-legais e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, com o intuito de garantir uma prática segura.

## 2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o EEESMP engloba na sua prática:

“(..) a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (..)”

(Regulamento n.º 365/2015 de 25 de Junho, pág.17034).

O que corrobora Peplau (1990), ao defender que os enfermeiros de saúde mental conseguem prestar cuidados de forma adequada aos doentes porque conseguem integrar no mesmo plano terapêutico a abordagem física e psíquica diferenciada a cada pessoa, dependendo do contexto e tendo por base os seus conhecimentos e estratégias terapêuticas.

Também para Meleis e Trangenstein (1994), os enfermeiros devem procurar facilitar os processos de transição, proporcionando à pessoa o maior bem-estar possível, Queirós (2021), evidencia ainda a sua importância no que respeita à facilitação destes processos de transição, fornecendo, e gerindo autocuidado terapêutico ao longo do ciclo vital, procurando que o percurso vivencial de indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas no conceito de saúde ou de ausência de doença.

O Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto, regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental (RCEEEESMP), considera

que são quatro estas competências específicas, sendo cada uma delas descrita através de unidades de competência e critérios de avaliação.

- ❖ **“1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.**

### **Unidades de Competência**

“F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”

(Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, Anexo I, pág. 21428)

A importância de si mesmo com instrumento terapêutico é na minha opinião o que mais diferencia o EEESMP do Enfermeiro Generalista ou do detentor de outras especialidades, uma vez que existe por parte do enfermeiro especialista em ESMP competência e mestria para estabelecer com a pessoa a aplicação dos seus conhecimentos e criação de relação terapêutica como parte do processo de tratamento.

Sequeira (2006) considera que o enfermeiro deverá desenvolver o seu saber-ser e saber-estar com ele mesmo e com os outros, pois são estes fatores que constituem os alicerces da relação terapêutica. Já ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos também terá de ser valorizado (Querido et al.,2010).

Considero que o conhecimento, consciência e a confiança se foram intensificando consoante o aumento da exposição aos contextos de estágios, encontrando-me sempre ciente da importância que conhecimento científico tem para o desenvolvimento de intervenções plenamente justificadas. Com este racional, procurei sempre que as intervenções tivessem por base o desenvolvimento de autoconsciência e conseqüentemente autodesenvolvimento, aleado a um planeamento prévio e uma fundamentação teórica adequada, para que estas fossem adequadas às pessoas de que delas beneficiavam.

Tanto a unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica, quanto o interesse que ao longo dos anos venho desenvolvendo pela inteligência emocional, assim como a experiência profissional enquanto enfermeira generalista, revelaram-se facilitadores no processo de autoconhecimento e de autodesenvolvimento enquanto mestranda.

Na sessão de comemoração do dia mundial da saúde mental senti de uma forma mais expressiva a (..) “consciência de si enquanto instrumento terapêutico.” (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto), provavelmente, por não ter praticamente nenhum material de suporte, para além de um marcador de página, e por estar a abordar as pessoas na sala de espera, e a pedir-lhes que caso concordassem, falassem um pouco acerca da sua saúde mental atual, e sensibilizando-as para fatores que protetores de saúde mental, com recurso “apenas” ao uso das palavras, o que contribuiu para exposição diferenciada enquanto futura EEESMP, pelo que da minha parte foi exigida flexibilidade e adaptação ao contexto assim como a utilização de técnicas de Aconselhamento e a Intervenção Breve.

Pressupõe-se que EEESMP e a pessoa estabeleçam uma relação que se caracteriza por ser interpessoal, centrada no bem-estar da pessoa e que se desenvolva por etapas num espaço temporal limitado, sendo que para a evolução dessa relação, não só são mobilizados conhecimentos teóricos, mas também técnicos (Pereira & Botelho, 2014).

Também o trabalho que desenvolvi para a realização do CCE, no primeiro contexto de estágio, evidencia um conjunto de aptidões, como a comunicação terapêutica e a relação terapêutica essenciais para o desenvolvimento desta competência.

Considero que vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional são igualmente imprescindíveis na intencionalidade por detrás de cada ação, por mais simples que esta possa parecer, pois a certa altura podem mesmo chegar a tornar-se indissociáveis dos processos cognitivos de um EEESMP na construção do processo de enfermagem (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto).

A forma como comunicava e o constructo do que comunicava foi sempre valorizado em todos os dos contextos de estágio, pois tal afirma Sequeira (2014) é fundamental que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, podendo assim maximizar os ganhos em saúde. O mesmo autor considera que um profissional de saúde pode assim ter acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto, e às suas necessidades, sendo a comunicação a base para facultar à pessoa, família e/ou comunidade orientações que possibilitem uma melhor gestão da sua situação de saúde/doença. Acrescenta ainda que é através da comunicação que se pode tomar consciência do estado de saúde, e se pode processar a tomada de decisão e promover uma gestão adequada de um determinado regime terapêutico, muitas vezes complexo (Sequeira, 2014).

Segundo Phaneuf (2002), na comunicação as nossas trocas compreendem duas componentes principais: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – “o quê” da mensagem; e uma parte mais afetiva ligada à maneira como é transmitida – “o como”, que o autor considera uma das características importantes que define a qualidade das intervenções em enfermagem.

A comunicação terapêutica é um tipo singular de comunicação utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades, e refere-se ao conjunto de intervenções efetuadas pelos profissionais de saúde de forma autónoma ou complementar com potencial terapêutico no processo de recuperação das pessoas (Sequeira, 2014).

Esta fomenta ainda a relação terapêutica, que para Chalifour (2008), é essencial para o processo de cuidar, uma vez que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em processo de doença assenta em relações interpessoais significativas, das quais saliento a empatia a compaixão e o respeito pelas decisões da mesma, também fundamentais no cuidar, pois não esqueçamos que é preconizado que o EEESMP compreenda os processos de sofrimento, alterações e perturbações mentais da pessoa assim como, as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto).

Para a pessoa com doença mental ser compreendida é sentir-se importante enquanto pessoa, sendo para isso valorizada a empatia, a demonstração de interesse, e vontade dos profissionais em compreendê-la, o que, de acordo com o autor, são aspetos fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica (Shattel et al., 2006).

Após analisar sistematicamente todo o meu percurso verifico que desenvolvi esta competência em cada uma das intervenções que fui planeando, executando, adaptando às necessidades da pessoa e posteriormente avaliando. Bem como, nas intervenções que apesar de intencionais, foram realizadas de uma forma espontânea e maleável, consoante as necessidades da pessoa que tinha à minha frente. Tanto no CCE, na ação de sensibilização para celebração do dia da saúde mental, na ação de sensibilização feira da saúde, na dinamização da consulta de alcoologia, nos projetos de psicoeducação assim como, no processo formativo que fui desenvolvendo, encontrei inúmeras oportunidades de desenvolvimento e consolidação desta competência, algo que sempre procurei realizar com consciência e intencionalidade.

❖ **“2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”**

**Unidades de Competência**

F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.

F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

(Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, Anexo I, pág.21428)

Ao longo do ciclo vital, Meleis e Trangenstein (1994) consideram os processos de transição da pessoa, um conceito central para a Enfermagem, pois esperam que consigamos antecipá-los e facilitá-los, através da gestão do autocuidado terapêutico, procurando que o trajeto vivencial das pessoas, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas centrado no conceito de saúde ou no conceito de doença. Queirós (2012) salienta que o bem-estar ganhou com Meleis uma centralidade indiscutível e altamente clarificadora da missão de enfermagem, sendo os enfermeiros facilitadores de processos de mudança, de transição (Queirós, 2012).

Tendo em conta que a saúde mental se assume como parte integrante e essencial da saúde humana, e a doença mental pode ser encarada como um problema de saúde pública, devido ao enorme impacto humano, social e económico na sociedade atual (Almeida, 2018), a enfermagem assume um papel importante ao debruçar-se sobre a promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto).

A OMS considera que a promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e conseqüentemente melhorá-la, através da capacitação e da literacia. Pressupondo assim uma conceção que não limite a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de aceitar e atuar sobre os seus determinantes (OMS,1986).

O bem-estar, a qualidade de vida e a promoção da saúde foram ao longo dos anos ganhando enfase nos cuidados de saúde, principalmente quando a saúde deixou de ser considerada apenas ausência de doença. A promoção da saúde mental é talvez das minhas principais áreas de interesse, sobretudo por acreditar no impacto positivo

de políticas que promovam a saúde mental e o bem-estar das populações possam ter a nível social e económico.

Promover e prevenir em saúde mental significa criar ambientes que promovam e sustentem a saúde mental para todos, assim como atividades e intervenções desenhadas para aumentar a proteção e minimizar os fatores de risco para a doença mental (OPP, 2014).

Para a promoção da saúde mental em crianças e adolescentes, as escolas constituem um contexto ideal, uma vez que constituem uma oportunidade para alcançar grupos alargados de crianças durante anos formativos do seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental (JCSH,2013).

A participação ainda que muito breve numa das dinamizações do programa “+ Contigo”, que evidência a promoção da saúde mental e a prevenção de comportamentos da esfera suicidária em adolescentes, acicatou uma inquietude que já me pertencia, principalmente por reconhecer as dificuldades desta geração ao nível da gestão de expectativas e expressão de emoções.

À adolescência correspondem importantes transformações físicas, sociais e psicológicas e esta constante necessidade de adaptação à mudança é, em si mesma, causadora de stress (Oliveira et al., 2001), pelo que a realização de intervenções psicoeducativas direcionadas à depressão e à ansiedade, podem não só ajudar o adolescente a identificar os sentimentos e as cognições negativas e a fornecer informação e competência para que estes os consigam gerir de uma forma mais eficaz (McCabe & Healey, 2018), assim como contribuir para o aumento da literacia em saúde e conseqüente redução do estigma associado à doença mental, fomentando também de acordo com a OMS (2010) a diminuição das desigualdades em saúde.

Também projetos a nível local, por exemplo de intervenção psicoeducativa, como o PIPSE e o projeto AcompanhadaMente, visando ambos a capacitação dos intervenientes sobre as diferentes temáticas, e cujo intuito é semelhante, a promoção da sua saúde mental.

Para além da promoção da saúde mental junto da população, também a literacia em saúde mental deverá ser considerada uma prioridade para o EEESMP, a OE (2021a) considera-a um conceito multidimensional, fulcral para a adoção de comportamentos associados à prevenção e manutenção da saúde mental.

Este conceito de literacia tem progredido em diferentes dimensões: o conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; o reconhecimento do desencadear da



doença; o conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis; o conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves; as competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm, 2012).

No contexto de estágio em comunidade, na ação comemorativa do dia mundial da saúde mental, foi possível sensibilizar utentes e familiares para a importância da saúde mental no seu dia-a-dia, pois abordámos os fatores protetores de saúde mental, e na ação Mais Saber para Melhor Viver, realizada na feira da saúde do município tivemos oportunidade de sensibilizar a comunidade para a importância da saúde mental, mais concretamente sobre a ansiedade e respetivas técnicas de auto relaxamento, bem como o reconhecimento das emoções experienciadas a fim de potenciar uma melhor gestão das mesmas, visando assim potenciar a literacia em saúde mental.

Importa salientar que em ambas as ações foi perceptível o interesse dos participantes pela temática, tendo alguns sentido necessidade de ventilar emoções sobre problemas do quotidiano que afetavam a sua saúde mental.

No que respeita ao assistir a pessoa ao longo do ciclo vital, realizando uma descrição clara da sua história de saúde, auguro que o CCE permitiu evidenciar a aquisição desta competência, focando-se sobretudo na história de saúde mental do indivíduo para consequentemente poder estabelecer diagnósticos de enfermagem, pois a sua metodologia teve em conta diferentes etapas, desde a seleção da pessoa, e seu consentimento para a realização do mesmo; a recolha de informações através de entrevistas semiestruturadas e exploratórias; a realização do exame do estado mental, bem como um processo de pensamento crítico, clínico e reflexivo de forma a compreender a problemática e identificar possíveis soluções, planificação, prestação de cuidados, avaliação dos resultados e implementação de medidas corretivas.

Momentos como a consulta de alcoologia, particularmente a primeira consulta, foram também indispensáveis para poder aferir de uma forma sistematizada a história de saúde mental da pessoa e da família.

Também os instrumentos de avaliação elegidos contribuíram sobretudo como apoio aos diagnósticos formulados assim como para a definição de planos de intervenção nos diferentes contextos de estágio, exemplo é o Genograma, e o Ecomapa, a escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS-21) validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), utilizados no CCE. O teste de assertividade de Townsend (2011) adaptado de Loyd (2002) utilizado no treino de assertividade, e também a

metodologia de avaliação proposta para o projeto AcompanhadaMente, através da aplicação de um questionário sociodemográfico, da escala Sobrecarga do Cuidador de Zarit, e um questionário adaptado, tendo por base o Questionário de Conhecimento acerca da Esquizofrenia adaptado e validado para a população portuguesa por Barreto Carvalho e Barreto em 2007. Estes instrumentos de avaliação foram aplicados na sua maioria, antes e após a execução das intervenções, contribuindo deste modo para reflexão acerca das intervenções realizadas e dos resultados obtidos com as mesmas, primordial para uma atuação do EEESMP que promova a melhoria contínua dos cuidados.

Mediante o que se encontra evidenciado anteriormente, julgo que através do meu processo formativo demonstrado, consegui desenvolver esta competência.

- ❖ **“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.”**

#### **Unidades de Competência**

(..) “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

(..) F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

(..) F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

(..) F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

(..) F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”

(Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, Anexo I, pág.21428)

Se a segunda competência é mais voltada para a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida, esta terceira tem em maior ênfase a doença mental, e dando continuidade ao raciocínio iniciado na competência anterior, espera-se do enfermeiro especialista, nesta competência, não só a formulação de diagnósticos de enfermagem,

como também a avaliação, planificação de intervenções/projetos de saúde para as pessoas visadas, assim como o projeção de resultados esperados, que auspiciem na sua maioria a recuperação (*recovery*) e no empoderamento (*empowerment*) da pessoa com doença mental (OE, 2021a).

Avaliar com precisão é fundamental para o conhecimento, compreensão e formulação de um juízo clínico com vista há identificação das características distintivas do funcionamento psicológico, bem como para determinar a eficácia das nossas intervenções (Rosa, 2022). Só a escolha correta dos instrumentos de avaliação, adequados e precisos, poderá garantir a qualidade dos seus resultados (Puga et al., 2012). Um processo de avaliação completo e qualificado permite ao enfermeiro a identificação dos problemas e obter informação sobre os sintomas, independentemente da sua forma de apresentação (objetiva; subjetiva) (Rosa, 2022).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2017) o mesmo refere que das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas, sendo que os estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas bem como os problemas de saúde mental, tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e respetiva morbilidade, nas sociedades (DGS, 2017). O Estado Português refere em 2021, que a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal (Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro).

O EEESMP compreende não só os processos de sofrimento, como as alterações e perturbações mentais das pessoas que assiste, assim como as implicações que estas possam causar no seu projeto de vida, compreendendo também o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos contextos nos quais as pessoas estão inseridas (Regulamento n.º 365/2015 de 25 de Junho).

Peplau (1990) descreve a enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal e, como tal, reforça a importância de ver, ouvir e envolver a pessoa doente em todos os aspetos do cuidado. Mais uma vez, o CCE evidencia características que o podem interligar com cada um dos pontos referidos em F3.1, F3.2, F3.3, F3.4, existindo desde logo uma preocupação em realizar uma avaliação pormenorizada e precisa em que todo o processo de enfermagem, fosse pautado por rigor e exatidão, dando origem a um plano de cuidados individualizado.

Tal como afirma Lopes (2006), a pessoa é o principal interveniente do plano de cuidados, sendo para isso necessário abertura para diálogo e negociação tendo

sempre por base as suas vivências e as suas inquietações, para assim traçar objetivos tangíveis, e que a mantenham motivada e responsável pela sua consecução, através do empoderamento com vista há recuperação da sua funcionalidade e autonomia. O plano de cuidados deve dar origem a um plano de intervenção, baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas e a negociação com a pessoa, e com recurso a uma linguagem científica adequada.

No contexto de estágio em respostas diferenciadas existiu oportunidade de realizar intervenção de treino de Assertividade, como uma pessoa prestes a o iniciar de funções num emprego protegido na comunidade e que gradualmente seria reintegrada durante a semana no seu domicílio, regressando apenas à RAMa ao fim-de-semana.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados Especializados em Reabilitação da Pessoa com Doença Mental Grave (GOBPCERPDMG) (OE,2021a), existem vários autores que defendem que os EEESMP, são dos profissionais de saúde que dispõem de melhor formação orientada para o desempenho do papel de gestor de caso, sobretudo com pessoas com problemas de saúde de evolução prolongada, devido aos conhecimentos clínicos, ao olhar holístico sobre o cuidar, à defesa dos direitos das pessoas, assim como, pelo seu amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde.

De acordo com Pinho et al. (2001), um plano individual de cuidados pode abranger, por exemplo, a gestão de casos, sendo esta uma abordagem centrada na pessoa e que visa a monitorização e suporte sistemático dos cuidados por um gestor de caso. O RCEEEESMP refere ainda que o EEESMP, deve utilizar a gestão de caso para coordenar cuidados de saúde, assim como, para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades das pessoas e equipas multidisciplinares, otimizando os resultados existentes (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto).

Na consulta de alcoologia em contexto de cuidados na comunidade, consigo encontrar alguns paralelismos com o papel de gestão de caso. A referenciação para esta consulta pode ocorrer de diferentes formas, e o EEESMP acompanha a pessoa em conjunto com a equipa interdisciplinar (Assistente Social e Médico), em contexto de consultas, cuja periodicidade varia consoante a avaliação das necessidades e do risco. Nesta consulta, é aplicado o método de gestão de caso que inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para a pessoa, dos quais se espera que esta possa mesmo vir a beneficiar (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto).

A relação de ajuda, foi também experienciada em diferentes momentos nos contextos de estágio, dos quais evidencio o desenvolvimento do CCE, onde durante sete semanas pude acompanhar a pessoa em estudo, realizando entrevistas semiestruturadas, conhecendo a sua história de saúde, e posteriormente construindo em conjunto com a pessoa um plano de intervenção que pudesse ir ao encontro dos focos que se encontravam comprometidos. O mesmo, acontecendo no treino de Assertividade, existindo aqui também da minha parte uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, e no crescimento de um ambiente livre de preconceitos ou juízos de valor, propicio a que esta pudesse ser autêntica (Hipólito, 2010).

Julgo que, nas diferentes intervenções realizadas nos diferentes contextos, procurei, recorrer a dinâmicas como o *role-play*, de forma a que as pessoas alvo de intervenção pudessem transpor para situações do seu dia-a-dia, o que estava a ser ensinado, instruído e treinado na intervenção. Exemplo disso, foi a técnica de Restruturação Cognitiva, a intervenção psicoeducativa de Autocontrolo de Ansiedade, o PIPSE, o treino da Assertividade, entre outras.

❖ ***“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.”***

#### **Unidades de Competência**

(..) “F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

(..) F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

(..) F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.”

(Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, Anexo I, pág.21430)

O mandato social do EEESMP permite-lhe executar, não só cuidados psicoterapêuticos, como também 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 (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto).

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais foi crucial para toda a aprendizagem, sobretudo pelo autoconhecimento e autodesenvolvimento que considero ter ampliado. Nos diferentes contextos de estágio, desenvolvi intervenções que almejam a melhoria da condição de saúde mental da pessoa, necessitando para isso de desenvolver conhecimento prévio à execução das mesmas, nomeadamente, sobre as temáticas e a forma de executar e avaliar as intervenções, assim como sobre o papel que assumiria. Papel esse, que deve evidenciar uma comunicação assertiva e coerente, com uma formulação de frases adequada, a respeitar silêncios, sem interromper, mas a tentar clarificar raciocínios durante a intervenção.

Ao longo do meu percurso, as intervenções sobre as quais mais recaiu a minha atenção foram sobretudo as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. O modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem deve ter por princípio a abrangência, viabilizando assim tanto a replicação em diferentes contextos, como a sua aplicação em diferentes diagnósticos de enfermagem, sendo o estabelecimento de relação de ajuda profissional meio conducente ao seu desenvolvimento (Sampaio et al., 2018).

O recurso a intervenção psicoterapêutica permite ao EEESMP facilitar o processo de modificação de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais da pessoa, pois o objetivo central do enfermeiro ao utilizar esta intervenção não será resolver os problemas da pessoa, mas sim, ajudá-la a escolher as melhores opções no sentido de os resolver, o que se traduzirá na evolução e/ou resolução dos diagnósticos de enfermagem (Sampaio et al., 2018).

O EEESMP assiste a pessoa na identificação de situações problema, ajudando-o no autoconhecimento, no estabelecimento de prioridades e na aquisição e implementação de estratégias individuais de melhoria, no entanto, a técnica de Reestruturação Cognitiva pode ser bastante desafiadora para o EEESMP, pois não só requer o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa de forma a motivá-la para a intervenção, como também a construção de uma relação terapêutica com o profissional (Sampaio et al., 2018).

De acordo com Pane (2003), a intervenção com a técnica de Reestruturação Cognitiva tem como objetivo fornecer à pessoa ferramentas que lhe permitam uma maior sensação de controlo sobre a sua vida, bem como, uma maior proteção face a fatores

precipitantes stress desnecessário, baseando-se na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e, na aquisição de comportamentos adaptativos e eliminação de comportamentos de desadaptação (Harrison et al. ,2002).

Quanto às intervenções psicoeducativas, como mencionado anteriormente, estas foram implementadas nos diferentes contextos de estágio, atendendo que a coordenação, o desenvolvimento e implementação de programas/projetos de psicoeducação e treino em saúde mental, devem estar sempre presentes na prática EEESMP, uma vez que a psicoeducação assume elevada importância na promoção da saúde mental e a prevenção ou redução do risco de perturbações mentais (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto). A intervenção psicoeducativa não deve, no entanto, integrar exclusivamente uma abordagem educativa, podendo também objetivar, por exemplo, o desenvolvimento de compreensão e de estratégias de coping para a pessoa lidar com a sua condição de saúde mental, imponderando-a assim a mesma, para a recuperação da funcionalidade, caso exista de doença mental.

Intervenções psicoeducativas como a intervenção de Autocontrolo de Ansiedade, e os projetos Sabedoria das Emoções e AcompanhadaMente, verificaram-se de um enorme contributo pessoal e profissional para o percurso de estágio, pois exigiram bastante empenho, conhecimento e versatilidade.

Observando os objetivos do PIPSE, que visaram a promoção do bem-estar pessoal e de pertença ao meio envolvente, favorecer o desenvolvimento de competências de relação interpessoal, facilitar a tomada de decisão e a resolução de problemas, contribuir para o aumento de competências relacionais na pessoa idosa através da promoção da inteligência emocional, verifico que estes se encaixam na unidade de competência F4.2 do EEESMP, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de incapacidade, e à mobilizando dos processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

Relembro que o PIPSE contou com pessoas idosas, com 65 ou mais anos, sem alterações cognitivas, que durante sete semanas participaram em sessões de intervenção psicoeducativa sobre inteligência emocional segundo o modelo de Daniel Goleman, sendo a temática das sessões autoconsciência, gestão de emoções, empatia, gestão de relacionamento em grupo e automotivação. A finalidade do projeto capacitação da pessoa idosa sobre estratégias que fortalecessem a sua inteligência emocional, de forma a que pudessem gerir melhor as suas emoções, promovendo a adaptação às vivências do dia a dia.

Quanto às intervenções sócio terapêuticas, psicossociais, da unidade de competência F4.3., que contemplem a promoção e reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, estas foram evidenciadas em intervenções como o treino de Assertividade, cuja finalidade era capacitar a pessoa com diagnóstico de DMG, com estratégias que contribuam para a facilitação do processo de interação social.

O treino de Assertividade contou com seis sessões tendo como objetivos específicos a identificação de padrões comunicacionais não assertivos, promoção da formação, instrução e o treino da comunicação assertiva, promoção da melhoria de comportamentos assertivos.

O projeto de intervenção psicoeducativa AcompanhadaMente, desenvolvido no mesmo contexto de estágio e voltado para familiares de pessoas com DMG, teve como objetivo capacitar os familiares de pessoas com diagnóstico de DMG, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família. Pretendendo assim, ao longo de oito sessões, distribuídas pelos 12 meses de internamento previsto numa unidade RAMa, aumentar os conhecimentos das famílias e cuidadores, sobre as doenças mentais graves e formas de tratamento, promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e de sobrecarga do cuidador, melhorar as estratégias de coping utilizadas pela família, facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família, facilitar o regresso da pessoa com doença mental grave ao seu contexto familiar e social, reduzindo o número de recaídas e reinternamentos.

Procurando assim, desenvolver autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, tal como se encontra referido na unidade de competência 4.3., uma vez que das famílias das pessoas internadas com as quais tive contacto durante o estágio, era transversal o desconhecimento sobre a DMG do familiar, sendo referido em alguns dos casos que até ao momento, tinha tido contacto com os cuidados de saúde para abordar questões relacionadas com a sua perceção sobre a doença do familiar, algo que será preconizado no projeto intervenção psicoeducativa AcompanhadaMente.

Considero que as diferentes intervenções realizadas em muito contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto mestranda, uma vez que me possibilitaram não só delinear planos de intervenção, execução e avaliação, e na maioria dos casos a colocação em prática essas mesmas intervenções, algo que se verificou tanto



enriquecedor quanto desafiante, especialmente devido às diferentes intervenções utilizadas, às populações alvo das mesmas e à variabilidade dos ganhos em saúde obtidos.



**PARTE II**  
**COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**  
**A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA**



## RESUMO

**Título:** A Inteligência Emocional na Pessoa Idosa.

**Questão:** Quais as intervenções promovem a inteligência emocional na pessoa idosa?

**Questão secundária:** Quais as características das intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa?

**Enquadramento:** Existe um reconhecimento social e científico crescente da necessidade de os indivíduos serem emocionalmente competentes na gestão das suas emoções. A inteligência emocional é compreendida como a habilidade que promove não só a capacidade de decisão do indivíduo perante as diversas situações ao longo da vida, assim como, o desenvolvimento de aptidões emocionais.

Frequentemente, ocorre uma associação nem sempre correta entre experiência de vida e inteligência emocional, no entanto, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem competências específicas para desempenhar um papel fulcral na capacitação de idosos para a inteligência emocional.

**Objetivos:** Mapear a evidência disponível sobre características das intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa.

**Metodologia:** Esta Revisão Scoping respeitou recomendações do Joanna Briggs Institute, através da metodologia PRISMA-ScR, com consulta nas bases de dados como Academic Search Complet, CINAHL, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Sciences & Technology Abstracts (via EBSCOhost), MEDLINE (via PubMed), selecionando texto integral em português/inglês/espanhol num horizonte temporal entre 2018 e 2023. A formulação da questão segue os critérios do acrônimo PCC (População; Conceito; Contexto). Tendo dois revisores independentes realizado a análise de relevância dos artigos, e a extração e síntese dos dados.

**Resultados:** Os resultados evidenciam um muito escasso número de estudos sobre a temática, assim como a inexistência de estudos primários realizados por EEESMP sobre a promoção da IE na pessoa idosa. Quanto às intervenções mapeadas, estas assumem características semelhantes às das intervenções psicoeducativas e psicossociais, e o conteúdo, duração e forma de avaliação das mesmas, dependerá principalmente do modelo de IE no qual os estudos se fundamentam.

**Palavras-chave:** Inteligência Emocional, Idoso, Intervenções



## **ABSTRACT**

**Title:** Emotional Intelligence in the Elderly.

**Question:** What interventions promote emotional intelligence in elderly?

**Secondary question:** What are the characteristics of interventions that promote emotional intelligence in elderly?

**Context:** Nowadays, the need for individuals to be emotionally competent is socially and scientifically recognized, particularly in coping with their emotions. Emotional Intelligence is understood as the skill that promotes not only decision-making throughout different situations in life but also, the development of emotional skills.

There is often a correlation suggested between life experience and emotional intelligence, which isn't always right however, mental and psychiatric health nurses have specific skills to play a key role in coaching the elderly regarding Emotional Intelligence.

**Objectives:** Map the available evidence about the characteristics of interventions that promote emotional intelligence in the elderly.

**Methodology:** This Scoping Review respected recommendations from the Joanna Briggs Institute, through the PRISMA-ScR methodology, with search in databases such as Academic Search Complet, CINAHL, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Sciences & Technology Abstracts (via EBSCOhost), MEDLINE (via PubMed), selecting full text in Portuguese/English/Spanish between 2018 and 2023. The question formulation followed the criteria of the acronym PCC (Population; Concept; Context). Two independent reviewers carried out the relevance analysis of the articles and the extraction and synthesis of data.

**Results:** The results showed limited number of studies on the subject, and a lack of primary studies carried out by EEESMP promoting EI in the elderly. The interventions mapped have similar characteristics to those of psychoeducational and psychosocial interventions, and their content, duration, and form of evaluation depend mainly on the EI model on which the studies are based.

**Keywords:** Emotional Intelligence, Elderly, Interventions





### **3 - A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA PESSOA IDOSA**

A aptidão de sermos inteligentes com as nossas emoções e de termos capacidade de as reconhecer e gerir, não só as nossas como também as dos outros, surge como a base do desenvolvimento pessoal. Uma vez que, acabam por ser as nossas emoções que controlam as nossas decisões e as nossas decisões que definem os resultados e/ou as consequências que vamos obtendo ao longo da nossa vida (Moreira, 2022).

Apesar de cada envelhecer ser único, este estadio pode ser complexo, pautado por transformações biológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas evidenciam-se sobretudo por possíveis alterações cognitivas, emocionais, de personalidade, do autocontrolo e do autoconceito (Sequeira, 2020).

Nestas transformações destaca-se sobretudo a necessidade de uma adaptação gradual à mudança em resultado da tomada de consciência do aproximar irremediável do fim de vida, o que sendo o autor poderá por vezes gerar angustia, insegurança, bem como, fases de risco e de crise (Marques - Teixeira, 2007).

É comum associar experiência de vida e inteligência emocional, no entanto esta associação nem sempre se verifica. Para Fragoso e Chaves (2012), a velhice pode ser uma etapa de crescimento emocional, no qual a experiência acumulada ao longo do ciclo vital pode facilitar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de destrezas emocionais até então adquiridas, promovendo assim, uma melhor gestão emocional na pessoa idosa.

A inteligência emocional (IE) é explicada como a capacidade de reconhecer de forma adequada emoções, em si próprio e nos outros, para em seguida poder compreendê-las, avalia-las e usá-las na tomada de decisões, o que conseqüentemente trará impacto na concretização de metas e objetivos, assim como efeitos positivos no bem-estar físico e emocional (Zaki et al., 2018).

Tal como afirma Lima et al. (2021), o envelhecimento é por norma acompanhado de perdas, mas também de ganhos, tais como a maturidade e a sabedoria, onde a saúde mental se torna uma área muito relevante, com expressão significativa quer na manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, como também na sua qualidade de vida e bem-estar.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial que conseqüentemente tem associado a crescente prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que afetam a

pessoa idosa, podendo colocar em causa a sua condição física e cognitiva, sendo que envelhecimento se constitui como um fenómeno recente e universal nos países desenvolvidos (Lima et al., 2021).

Em Portugal, o aumento progressivo da população idosa é uma realidade que se assemelha à maioria dos países europeus, devido a alterações demográficas e ao aumento da esperança média de vida da população, impondo assim diversos desafios aos indivíduos e à sociedade (Pocinho, 2014).

Lima et al. (2021), evidencia uma tendência progressiva de aumento da população idosa, avigorando assim problemáticas relacionadas com o envelhecimento, e provocando inquietações em relação às condições de vida e processos de saúde-doença das pessoas mais velhas.

O Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde da OMS recomendava em 2015, mudanças profundas na forma de formular políticas de saúde e prestar serviços de saúde às populações a envelhecer. O mesmo relatório referia ainda que as pessoas mais velhas, poderiam cada vez mais ser vistas como contribuintes para o desenvolvimento, cujas competências devem estar interligadas com políticas e programas transversais, sendo ainda referido que o envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade, razão pela qual nas próximas décadas, muitos países irão enfrentar pressões fiscais e políticas na esfera dos sistemas públicos de saúde, providência e proteção social para a população com a faixa etária mais avançada (OMS, 2015).

Em 2017, no relatório da mesma organização, sobre a saúde mental dos *Older Adults* (adultos idosos), a OMS evidenciava também que as pessoas com 60 ou mais anos, contribuem de forma importante para a sociedade como membros da família, voluntários e como participantes ativos da comunidade (OMS 2017).

Este relatório evidencia, no entanto que embora a maioria dos “*Older Adults*” possua boa saúde mental, muitos destes correm o risco de desenvolver transtornos mentais, distúrbios neurológicos, assim como, outras condições de saúde, salientando o relatório a depressão e a demência. Condições essas, com um impacto social e económico bastante significativo, e que trará imensas consequências futuras para os sistemas de saúde e para os cuidadores destas pessoas, caso as previsões de prevalência estejam corretas (OMS 2017).

A OMS (2017) refere, no entanto, que a saúde mental das pessoas idosas pode ser melhorada sobretudo através da promoção do envelhecimento ativo e saudável, sendo

para isso necessária a criação de condições de vida e ambientes que apoiem o bem-estar e permitam que as pessoas levem uma vida saudável.

A promoção da saúde mental depende de estratégias para garantir que as pessoas idosas tenham os recursos necessários para atender às suas necessidades, como: proporcionar segurança e liberdade; habitação adequada através de políticas habitacionais de apoio; apoio social aos idosos e seus cuidadores; programas sociais e de saúde direcionados a grupos vulneráveis, como aqueles que vivem sozinhos e em áreas rurais ou que sofrem de uma doença mental ou física crónica ou recidivante; programas para prevenir e lidar com o abuso de idosos; e programas de desenvolvimento comunitário (OMS, 2017).

O EEESMP poderá desempenhar um papel fundamental na promoção do envelhecimento ativo, pois tal como meleis e Trangenstein (1994) afirmam, a atividade de enfermagem consiste na facilitação de processos de transição, evidenciados pela gestão do autocuidado terapêutico ao longo do ciclo de vida, procurando que o trajeto vivencial dos indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas centrado no conceito de saúde ou no conceito de doença.

Como evidenciado anteriormente a pessoa idosa tem uma maior propensão ao desenvolvimento de doenças mentais e de alterações cognitivas e neurológicas, pelo que cabe ao EEESMP a promoção de saúde mental e prevenção de doença junto desta população-alvo tal com preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Mental (DGS, 2018) e pela OE, no RCEEEESMP, onde é referido que:

(..) “enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, pág. 21428).

Para Lima et al. (2021), o cuidado prestado para a população idosa exige uma mudança de atitudes e comportamentos por parte dos enfermeiros, na medida em que estes profissionais devem estar atentos a todas as dimensões que o conceito de autonomia encerra.

O EEESMP detém competências específicas que lhe possibilitam desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos que visem não só o restauro da saúde mental dos indivíduos como a prevenção da incapacidade, através da mobilização de processos que melhor se adaptem aos mesmos e às suas vivências. A coordenação, o desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação e

treino em saúde mental deverá estar sempre presente na prática diária do EEESMP, tendo por base a promoção da saúde mental e a prevenção ou redução do risco de perturbações mentais (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto, 2018).

No que remonta à promoção da saúde mental, a dimensão saúde mental positiva tem ganho bastante ênfase e importância, e segundo a OMS esta a dimensão da saúde mental positiva (SM+), é mencionada como um estado de bem-estar em que os indivíduos reconhecem as suas habilidades, são capazes de lidar com o stress e tensões normais da vida, trabalham produtiva e frutiferamente e contribuem para as suas comunidades. (Sequeira et al., 2014). Para Lluch citado por Ferra (2020) a SM+ consiste em que o indivíduo perante as suas circunstâncias específicas, interprete e aceite a normalidade dos seus pensamentos, sentimentos e condutas tentando estar e sentir-se o melhor possível.

Existe um reconhecimento social e científico exponencial da importância de as pessoas serem emocionalmente competentes na gestão das suas emoções, e para além disso alguns estudos demonstram relação entre a inteligência emocional, a satisfação, autoestima, e menores índices de depressão (Chamorro-Premuzic et al., 2007). Ou seja, indivíduos mais saudáveis e otimistas podem se adaptar mais facilmente às mudanças associadas ao processo de envelhecimento.

A inteligência emocional é considerada um constructo fundamental ao desenvolvimento num domínio individual e contextual e é perspectivada como um conjunto de recursos cognitivos, que integram sistemas responsáveis pelo processamento das informações emocionais, condicionando assim, tanto o pensamento como o comportamento dos indivíduos (Mayer, et al., 2008).

Apesar dos conceitos base de inteligência emocional poderem ter surgido em 1872, pela mão de Charles Darwin, com o livro *A Expressão das Emoções nos Homens e nos Animais*, foi no último quarto do século XX que foram criadas as primeiras teorias e testes sobre a temática. Em 1983, a teoria das *Inteligências Múltiplas* de Dr. Howard Gardner. Em 1985, com a criação do primeiro teste Quociente Emocional (EQ-i), concebido por Reuven Bar-On. No entanto, o conceito de Inteligência Emocional surgiu pela primeira vez num artigo com o mesmo nome em 1990, pelos psicólogos John Mayer e Peter Salovey, tecendo considerações sobre inteligência e emoções, e estabelecendo o seu conceito de IE (Moreira, 2022).

Em 1995, o psicólogo e jornalista Daniel Goleman foi autor do *bestseller Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*, que devido ao seu sucesso fez com que, de um momento para o outro, todos reparassem neste fenómeno, e se passasse

a atribuir importância a aptidões emocionais e sociais do ponto de vista empresarial e pessoal. Esta popularidade, mais cultural que científica fez com que Mayer e Salovey em 1997 clarificassem o seu conceito, no qual expressavam a IE como um conjunto de competências utilizadas para perceber, expressar, compreender e regular tanto as próprias emoções como as dos outros, promovendo o crescimento pessoal e emocional (Mayer & Salovey, 1997).

De acordo com Costa e Faria (2014), as diferentes conceitualizações de IE organizaram-se, em dois modelos principais: modelos de capacidade, em que a IE é definida como um conjunto de capacidades cognitivas que permitem o funcionamento emocional (Mayer & Salovey, 2004) e modelos mistos que integram uma ampla série de características de personalidade (Bar-On, 2001; Goleman, 1995; Petrides & Furnham, 2001).

Os modelos de capacidade conceitualizam a IE como uma forma de inteligência que integra a emoção, compreendendo a IE uma série de competências que incluem a percepção e a expressão emocional, a facilitação emocional do pensamento, a compreensão e a regulação emocional, acreditando-se que a emoção possa ser facilitadora do pensamento e que é possível processar cognitivamente as emoções (Mayer & Salovey, 1993; Salovey & Mayer, 1990). E, uma vez que a IE possui características similares a outros tipos de inteligência, deverá refletir um tipo de capacidade ou de aptidão, e estar relacionada com outras capacidades e desenvolver-se com a idade e com a experiência (Mayer & Salovey, 2004; Neisser et al., 1996 citado por Costa & Faria, 2014).

Alguns modelos mistos de IE fazem referência à noção de capacidade no processamento e uso de informação emocional, combinam estas capacidades com outros traços e características, como o otimismo e a motivação (Goleman, 1995).

No modelo teórico de John Mayer e Peter Salovey (1990;1997; 2004) a forma como se processam as informações emocionais, subdivide a IE em quatro dimensões fundamentais:

- A percepção e expressão da emoção - processos de identificação, reconhecimento, diferenciação e expressão das emoções sobre si próprio e nos outros (Mayer & Salovey, 1997).
- Integração da emoção no pensamento - capacidade dos indivíduos em usar as emoções como parte integrante dos processos cognitivos (Schutte et al., 2013), para facilitar o pensamento e auxiliar na resolução de problemas (Mayer & Salovey, 2004).

- Compreensão das emoções - capacidade de entender e interpretar misturas de emoções (Mayer & Salovey, 1997).
- Gestão das emoções - consiste na capacidade de regular emoções no eu e nos outros (Mayer & Salovey, 1997). Esta dimensão compreende a capacidade de prevenir, reduzir, modificar ou aprimorar respostas emocionais no eu e nos outros, bem como experienciar diferentes emoções enquanto se avalia a adequação/utilidade de uma emoção em determinada situação.

Del Valle e Castillo (2010), destacaram que Goleman, no seu modelo estruturou o conceito de IE com base em competências, que incluem um conjunto de habilidades afetivas e cognitivas, sendo dividido em cinco dimensões: autoconhecimento, autocontrole, automotivação, empatia e habilidades sociais dividindo a IE em duas grandes categorias de competências para lidar consigo e competências para lidar com os demais.

Para Goleman (2012) a IE dos indivíduos integra tanto capacidades individuais como traços de personalidade, sendo representada por objetivos e disposições individuais relativas à personalidade do indivíduo, e ao afeto. Bem como, aspectos cognitivos e motivacionais responsáveis pela percepção, assimilação, compreensão e regulação das emoções, sendo que ser emocionalmente inteligente é, “ser capaz, por exemplo, de dominar um impulso emocional; ler os sentimentos mais íntimos de outra pessoa; saber gerir as nossas relações” (Goleman, 2003).

O autor acrescenta ainda que a IE engloba a capacidade que o indivíduo tem para se auto motivar, persistir perante situações frustrantes, controlar impulsos, regular o seu estado de espírito, controlar a interferência de emoções com o seu pensamento, e ainda, ter capacidade de ser empático (Goleman, 2012). O reconhecimento da importância destas habilidades, é evidenciado pelo duplo papel desempenhado pelas emoções: na adaptação social e no comportamento inteligente (Woyciekoski & Hutz, 2009).

Segundo Goleman (2012), independentemente do contexto o autor defende que os indivíduos terão melhor desempenho emocional quanto maiores forem as suas competências sobre:

- Autoconsciência traduz-se na capacidade de ler as emoções e perceber a sua influência nos próprios pensamentos e decisões. É a aptidão para saber o que se sente no exato momento e utilizar essa informação no processo de resolução de problemas e tomada de decisão (Goleman, 2012).

- Autocontrolo consiste num controlo adaptativo e funcional das emoções e das relações de acordo com o contexto onde o sujeito se insere e as circunstâncias, sendo compreendido como a facilidade em gerir os impulsos, os sentimentos, pensamentos e comportamentos (Goleman, 2012).
- Motivação incide na utilização dos recursos e preferências dos indivíduos, guiando-os e permitindo que estes avancem na conquista dos seus objetivos e metas pessoais, sociais, profissionais, agindo como uma alavanca para a tomada de iniciativa (Goleman, 2012).
- Empatia permite aos indivíduos perceberem o que os outros sentem, tornando-se assim capazes de tomar a perspetiva destes e relacionarem-se, criando ligações saudáveis que revelem sintonia com uma grande diversidade de pessoas (Goleman, 2012).
- Competências sociais possibilitam aos indivíduos regular e gerir emoções, quer as suas quer as dos outros, assim como serem capazes de interagir com harmonia (Goleman, 2012).

Os diferentes modelos teóricos de IE, têm vindo a ser acompanhados pelo desenvolvimento de medidas que testem o constructo, sendo a construção, adaptação e validação de instrumentos de avaliação fundamental de estudos no domínio da IE (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000). Existindo dois tipos de instrumentos associados a cada um dos modelos: desempenho e de autorrelato.

De acordo com Ramos (2007) os testes de desempenho, avaliam como o nome indica o desempenho em tarefas específicas, e parecem segundo revela a literatura ser os mais adequados quando a IE é concetualizada como um tipo de capacidade. Já os questionários de autorrelato poderão não apresentar resultados tão fiáveis do nível de IE do sujeito, pois não medem o comportamento da pessoa perante uma situação concreta, mas sim a capacidade de se autoconhecer, avaliando assim as suas competências emocionais, estes adaptam-se melhor quando a IE é perspetivada através de uma série de traços ou atributos (Costa & Faria, 2014).

Quanto às intervenções, os mesmos autores assumem que existe uma falta de standardização a este nível, pelo que cada autor pode adotar, dentro do leque de perspetivas existentes na literatura, diferentes modelos de IE, consoante as áreas pretendem desenvolver, e as medidas e instrumentos de avaliação, desenhos de abordagem, entre outros parâmetros de dos projetos ou programas de intervenção (Costa & Faria, 2014).

### 3.1 - METODOLOGIA

A metodologia selecionada foi a Revisão *Scoping* (RS) tendo em conta ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters et al., 2015).

A presente RS foi desenvolvida com base na estrutura metodológica do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020), alinhada com o desenvolvimento da guideline de suporte de Revisões *Scoping, Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi realizado sem, no entanto, ter sido publicado e/ ou registado, contudo, o mesmo pode ser providenciado mediante pedido.

Importa mencionar que esta revisão cumpre as seguintes etapas consecutivas: formulação da questão de revisão e objetivo geral; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; pesquisa bibliográfica; seleção dos artigos para inclusão; análise dos artigos; extração dos dados; análise-síntese dos dados relevantes; e discussão (Figueiredo & Amendoeira, 2018; Peters et al., 2020).

#### Questão de Revisão e Objetivo Geral

Foi formulada a questão de revisão que orientou toda a estratégia de pesquisa. A questão, formulada de acordo com a mnemónica PCC – Participantes, Contexto e Conceito, preconizada pelo JBI (Peters et al., 2020) é: Quais as intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa?

#### Questão secundária

Quais as características das intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa?. Com o objetivo geral de mapear a evidência disponível sobre as características das intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa.

#### Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada no período 10 a 16 de Março de 2023 e desenvolvida nas Bases de Dados (BD) *PubMed*, *CINAHL Complete* (via EBSCOhost), *Academic Search Complet* (via EBSCOhost), *MEDLINE Complete* (via EBSCOhost), *MedicLatina* (via EBSCOhost), *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (via EBSCOhost), *Library, Information Sciences & Technology Abstracts* (via EBSCOhost), considerando os resultados de pesquisa de literatura cinzenta. Foram incluídos todos os tipos de



estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação igual e superior a Janeiro de 2018.

Tendo em conta a temática do presente trabalho, foi utilizado o vocabulário controlado que usa Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021), bem como os termos *Medical Subject Headings* (MeSH terms) na estratégia de pesquisa. Foram definidos como MeSH terms: “emotional intelligence” “elderly” “older adults” e “interventions” “strategies” e os termos “best practices” em linguagem natural. Posteriormente, foram combinados através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, seguindo-se as recomendações do PRISMA-ScR. A estratégia de pesquisa utilizada encontra-se apresentada nos Quadros 1 e 2.

**Quadro 1 - Estratégia de pesquisa na PUBMED**

<b>PUBMED – Março de 2023</b>		
<b>ID</b>	<b>Estratégia de Pesquisa</b>	<b>Resultados</b>
<b>#1</b>	(((interventions[Title/Abstract] OR (strategies[Title/Abstract])) OR (best practices[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat]))))	354,055
<b>#2</b>	(emotional intelligence[Title/Abstract] AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat]))))	1071
<b>#3</b>	(((elderly[Title/Abstract] OR (older adults[Title/Abstract])) OR (older people[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat]))))	81342
<b>#4</b>	(((interventions[Title/Abstract] OR (strategies[Title/Abstract])) OR (best practices[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat])))) AND (emotional intelligence[Title/Abstract] AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat])))) AND (((elderly[Title/Abstract] OR (older adults[Title/Abstract])) OR (older people[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter] AND (2018:2023[pdat])))) Filters: Free full text	<b>3</b>

**Quadro 2 - Estratégia de Pesquisa no Motor de Busca EBSCOhost.**

<b>Academic Search Complet, MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Sciences &amp; Technology Abstracts (via EBSCOhost)– Março de 2023</b>		
<b>ID</b>	<b>Estratégia de Pesquisa</b>	<b>Resultados</b>
<b>#1</b>	AB Elderly OR AB older adults OR AB older people	174,264
<b>#2</b>	AB Elderly OR AB older adults OR AB older people  Limitadores: Texto Integral TI  Linguagem: Portuguese, Spanish, English. 2018-01-01, 2023-12-31	171,649
<b>#3</b>	AB emotional intelligence	3,337
<b>#4</b>	AB emotional intelligence  Limitadores: Texto Integral TI;  Language: Portuguese Spanish English. Date: 2018-01-01,2023-12-31	3,241
<b>#5</b>	AB interventions OR AB strategies OR AB best practices	1,446,765
<b>#6</b>	Narrow by:  Texto Integral TI; Language: Portuguese, Spanish, English – Date: 2018-01-01; 2023-12-31.	1,433,696
	<b>#2 AND #4 AND #6</b>	<b>6</b>

Extração de resultados

A extração de resultados foi realizada pelos dois revisores independentes, tendo por base as orientações do JBI para a elaboração de uma RS, evidenciando os autores e os resultados de cada estudo. Após a pesquisa, a fim de avaliar a sua elegibilidade dos artigos, estes foram analisados através da leitura dos títulos e resumos por dois revisores independentes (SA, FV). Posteriormente, os artigos elegíveis foram analisados com base nos seguintes critérios de inclusão:

Participantes: considerados todos os estudos que envolvam pessoas idosas com 60 ou mais anos.

Conceito: considerados todos os estudos que abordem intervenções que promovam de inteligência emocional na pessoa idosa.

Contexto: considerados diversos contextos nos quais os estudos foram realizados.

### Questões Éticas

Considerando que a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética, pelas características que lhe são inerentes, todo processo de investigação ser pautado pela integridade e responsabilidade social (Martins Amado, 2008; Duque & Calheiros, 2017).

Este estudo foi submetido a aprovação pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido aprovado no dia 02/02/2023.

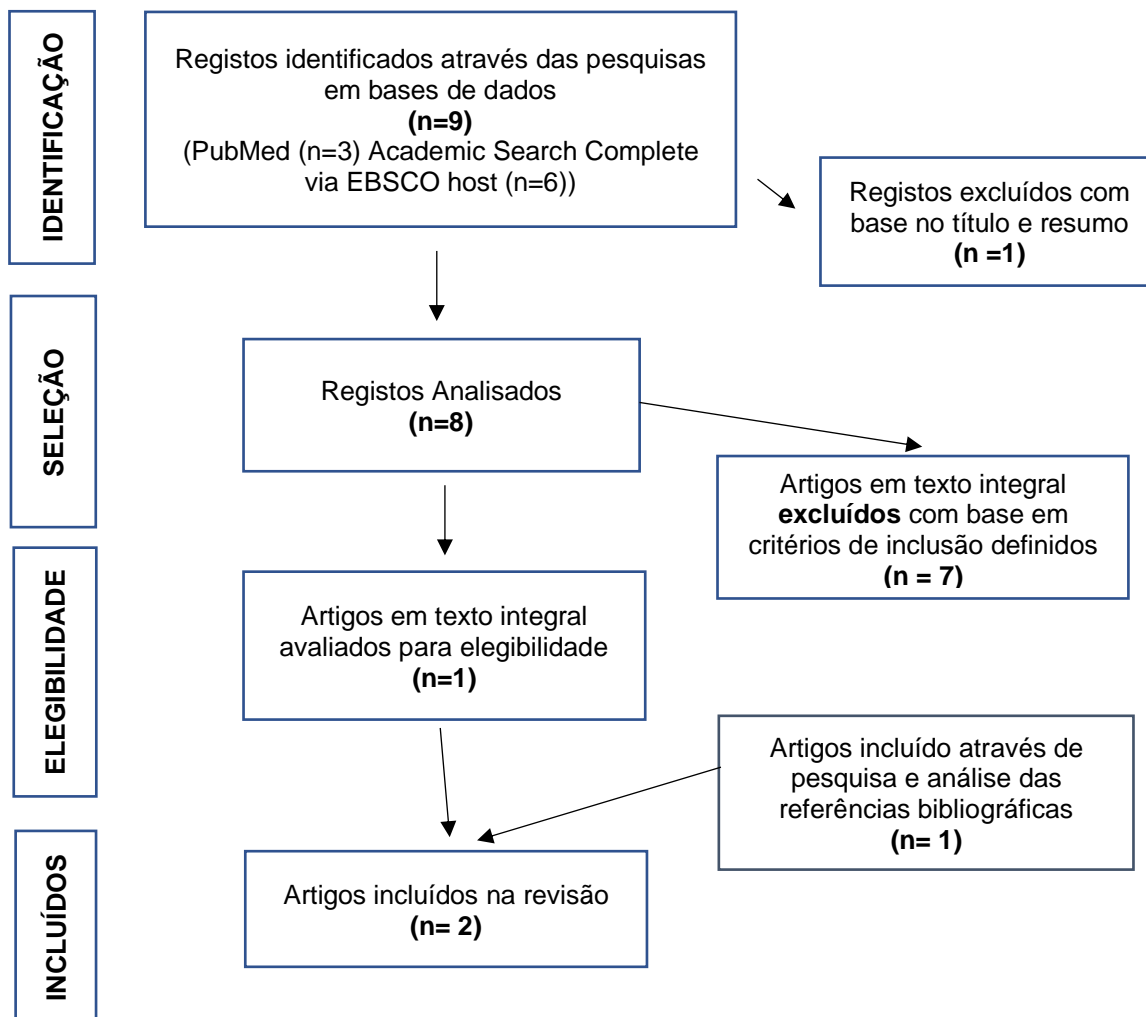
### Seleção dos Resultados

Com base nas estratégias de pesquisas descritas obteve-se acesso a 9 artigos (3 na base de dados *PubMed*, 6 na base de dados *Academic Search Complete* via EBSCOhost).

Dos 9 artigos, um registo foi excluído com base no título e no resumo, os restantes 8 foram recuperados e analisados na íntegra, tendo em consideração os critérios de inclusão. Sendo que destes, 3 foram excluídos com base no conceito e na população e 4 foram excluídos com base no conceito.

Desta forma, foi incluído um 1 artigo nesta Revisão Scoping conforme ilustra o processo representado na Figura 1.

Por fim, foi adicionado um artigo de interesse encontrado através de uma pesquisa adicional com base nas referências bibliográficas, não identificado pela chave de pesquisa nas bases de dados utilizadas, tal como apresentado na mesma figura.



**Figura 1** – Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo (imagem adaptada) (Page et al. (2021).

### 3.2 - RESULTADOS

Os dois estudos selecionados nesta *scoping review* Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2020) e Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2022) são como o nome indica dois estudos diferentes realizados pelos mesmos autores, publicados em anos também diferentes.

Este estudos apresentam um tamanho das amostras incluídas de 125 e 111 participantes respetivamente, demonstrando uma semelhança no que respeita às

caraterísticas da amostra, tempos de intervenção e modo de avaliação (intervenção e controlo).

O Quadro 3 apresenta as informações relacionadas com os métodos, as caraterísticas dos participantes, as intervenções, as conclusões e as limitações dos estudos incluídos.

**Quadro 3 – Caraterísticas e resultados dos estudos incluídos.**

Estudo	Métodos, Objetivos Participantes e Critérios de Inclusão
<p>Can we improve emotional skills in older adults? Emotional intelligence, life satisfaction, and resilience</p> <p>Delhom, I., Satorres, E., &amp; Meléndez, J. C. (2020).</p>	<p><b>Método de Estudo:</b> Experimental</p> <p>O objetivo deste estudo é perceber se uma intervenção baseada em IE tem resultados efetivos numa amostra de idosos saudáveis.</p> <p><b>População:</b> 125 pessoas, 57 no grupo de intervenção e 68 no grupo de controlo.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b> 65 e/ou mais anos; score &gt;23 Mini Mental State Examination; não institucionalizados; e que participassem de forma ativa em atividades culturais.</p> <p>Antes da intervenção, foi realizado um estudo piloto no qual a intervenção foi dirigida a 2 grupos de 10 participantes, para assim fazer melhorias no desenho do programa de intervenção.</p>
	<p><b>Escalas/Intervenções</b></p>
	<p><b>Escalas Aplicadas:</b> Antes e Pós intervenção. <u>TMMS-24</u> (Fernández-Berrocal et al., 2004) e validada em idosos por Delhom et al. (2017). <u>Escala de Satisfação com a Vida</u> (SWLS; Diener et al., 1985). A <u>Escala Breve de Coping Resiliente</u> (BRCS; Sinclair &amp; Wallston, 2004). MMSE (Folstein et al. 1975).</p> <p><b>Intervenção:</b> O grupo de intervenção (GI) foi dividido em grupos de 8 a 12 participantes e exposto a 10 sessões de intervenção psicossocial de 90 minutos com periodicidade semanal, e cujo os conteúdos trabalhados visavam desenvolver competências de IE, tendo por base o modelo proposto por Mayer e Salovey (1997), com ênfase na clareza, atenção e regulação de emoções. O grupo de controlo (GC) não realizou intervenção, apenas preencheu as escalas, com um intervalo temporal semelhante ao grupo que realizou intervenção.</p>
	<p><b>Resultados</b></p>
	<p><b>Dimensões Avaliadas</b></p> <p><b>Atenção</b> (TMMS-24) - F (1,123) Demonstrou <b>decréscimo</b> significativo do pré para o pós intervenção com <math>p &lt; .001</math> no grupo de intervenção. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Clareza</b> (TMMS-24) - F (1,123) Demonstrou um aumento significativo do pré para o pós intervenção com <math>p &lt; .001</math> no grupo de intervenção. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Reparação</b> (TMMS-24) – F (1,123) Demonstrou um aumento significativo no grupo de intervenção com <math>p &lt; .001</math> no grupo de intervenção. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Satisfação Emocional</b> (Escala de Satisfação com a Vida) – F (1,123) Demonstrou um aumento significativo do pré para o pós intervenção com <math>p &lt; .001</math> no grupo de intervenção. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p>

	<p><b>Resiliência</b> (Escala Breve de Coping Resiliente) - F (1,123) Demonstrou um aumento significativo do pré para o pós intervenção com <math>p &lt; .001</math> no grupo de intervenção. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p style="text-align: center;"><b>Conclusões do Estudo</b></p> <p>Os autores consideram que desenvolver habilidades de IE pode potencialmente ser um recurso para se adaptar com sucesso às adversidades, usando o valor das emoções em benefício do desenvolvimento pessoal.</p> <p>Treinar habilidades de atenção, sem ser excessivo, contribuiria para dar às emoções a importância necessária em todos os momentos, influenciando assim os julgamentos que a pessoa faz sobre sua própria vida. A intervenção baseada na IE oferece uma ferramenta interessante para aumentar a <b>clareza em idoso</b>.</p> <p>A IE pode ser desenvolvida em idosos saudáveis como um recurso potencial que contribui para a Satisfação com a vida e resiliência.</p> <p>Considera-se relevante potenciar o desenvolvimento de constructos psicológicos positivos em psicogerontologia, de forma a dotarmos as pessoas das ferramentas adaptativas necessárias para enfrentar com sucesso o processo de envelhecimento.</p> <p>Os resultados mostraram uma maior associação entre as medidas de IE autorreferidas e a Satisfação com a vida. Sendo necessário realizar estudos de acompanhamento das intervenções, a fim de verificar sua eficácia a longo prazo.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Métodos, Objetivos Participantes e Critérios de Inclusão</b>	
<p>Emotional intelligence intervention in older adults to improve adaptation and reduce negative mood</p> <p>Delhom, I., Satorres, E., &amp; Meléndez, J. (2022).</p>	<p><b>Método de Estudo:</b> Experimental</p> <p><b>O objetivo</b> deste estudo foi verificar a efetividade da intervenção da EI para melhorar o humor e desenvolver estratégias de coping para alcançar a adaptação ao envelhecimento.</p> <p><b>População:</b> 111 pessoas, 51 no grupo de intervenção e 60 no grupo de controlo.</p> <p><b>Critérios de Inclusão:</b> 65 e/ou mais anos; não institucionalizados; sem alterações cognitivas que interferissem com as atividades de vida diária, avaliados com Mini Mental State Examination; não tomassem medicação antidepressiva ou realizassem terapia psicológica ou tivessem outras doenças psiquiátricas.</p> <p>Antes da intervenção, foi realizado um estudo piloto no qual a intervenção foi administrada a 2 grupos de 10 participantes. Foi usado para fazer melhorias no desenho do programa de intervenção.</p> <p style="text-align: center;"><b>Escalas/Intervenções</b></p> <p><b>Escalas Aplicadas:</b> antes e pós intervenção. <u>MMSE</u> (Folstein et al. 1975). <u>TMMS24</u> (Fernández-Berrocal et al., 2004) e validada em idosos por Delhom et al. (2017). <u>Escala de Estratégias de Coping</u> (CAE; Sandín and Charot, 2003); Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck et al, 1974); <u>Centre for Epidemiologic Studies-Depression</u> (CES-D; Radloff, 1977; Rose et al.,2011).</p> <p><b>Intervenção:</b> Grupo de controlo não realizou intervenção.</p> <p>A intervenção foi concebida para favorecer o desenvolvimento da IE com base em um modelo de habilidade com três dimensões: atenção, clareza e reparação emocional, a fim de melhorar as estratégias adaptativas e reduzir o humor negativo.</p> <p>Foram realizadas 10 sessões de intervenção com a duração de 90 minutos e periodicidade semanal. Sendo os grupos compostos por 8 a 12 participantes.</p> <p style="text-align: center;"><b>Resultados</b></p> <p><b><u>Dimensões Avaliadas</u></b></p>

	<p><b>Atenção</b> (TMMS-24) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais baixa que T1 para o GI, indicando que a intervenção conduziu a <b>diminuição da atenção</b> (<math>p &lt; .001</math>). T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Clareza</b> (TMMS-24) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento da Clareza (<math>p &lt; .001</math>). T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Reparação Emocional</b> (TMMS-24) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento da Reparação Emocional (<math>p &lt; .001</math>). T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Estratégias de Resolução de Problemas</b> (Escala de Estratégias de Coping) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento da Estratégias de Resolução de Problemas com <math>p &lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Reavaliação positiva</b> (Escala de Estratégias de Coping) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento da reavaliação positiva com <math>p &lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Procura por estratégias de suporte social</b> (Escala de Estratégias de Coping) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento de <b>estratégias coping para procura de suporte social</b> <math>&lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Autofocos negativo</b> (Escala de Estratégias de Coping) F (1,109). F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz na diminuição do <b>Autofocos negativo</b> com <math>p &lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Expressão Emocional Evidente</b> (Escala de Estratégias de Coping) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz no aumento de <b>Expressão Emocional Evidente</b> com <math>p &lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p> <p><b>Humor Depressivo</b> (Escala de Desesperança de Beck) F (1,109). Não existiam diferenças significativas nos grupos de controlo e de intervenção pré intervenção. Pós Intervenção - T2 foi significativamente mais alta que T1 para o GI, indicando que a intervenção foi eficaz diminuindo os valores da Escala de Desesperança de Beck com <math>p &lt; .001</math>. T1 e T2 não foram significativos no grupo de controlo pós intervenção.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Conclusões do Estudo</b>	
	<p>As estratégias de coping que os idosos usam para resolver a situação de stresse podem ser chaves essenciais para uma adaptação bem-sucedida. Essas estratégias, aplicadas corretamente, ajudarão a reduzir as consequências psicológicas negativas, enquanto a aplicação incorreta fortalecerá suas consequências negativas.</p> <p>A integração das competências de Inteligência Emocional permite a relação emocional, o que permite um coping adaptativo que reduz a duração de experiências stressantes e a possibilidade de desenvolvimento de problemas emocionais.</p> <p>Compreender a natureza e as causas dos sentimentos e ser competente nas habilidades de regulação emocional reduz a probabilidade de colapso sob pressão.</p> <p>Estes achados reforçam a ideia de que os adultos mais velhos podem se beneficiar muito dos programas de educação emocional, desenvolvendo novas habilidades emocionais e/ou aprimorando habilidades adquiridas anteriormente.</p> <p>Sendo para os autores necessário realizar estudos de acompanhamento das intervenções, a fim de verificar sua eficácia a longo prazo. Salientam ainda ser importante atentar para os fatores protetores da saúde mental que auxiliam na melhora das habilidades de enfrentamento emocional quando estes idosos são cuidadores.</p>

A intervenção proposta em ambos os estudos é também semelhante, e descrita na sua totalidade nos artigos, remetendo para 10 sessões estruturadas hieraticamente, e baseadas no modelo proposto por Mayer e Salovey (1997), apresentando características que se assemelham a intervenção psicoeducativa e psicossocial, sem que essa informação se encontre explícita nos mesmos. As características da intervenção encontram-se apresentada no Quadro 4.

#### **Quadro 4 – Características da Intervenção**

<b>Características da Intervenção</b>	
	Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. (2020) Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. (2022). (Tradução livre).
	Sessão 1- Conceito de Emoção, mecanismos psicológicos por detrás do fenómeno. Estrutura adaptativa das emoções.
	Sessão 2 – A importância da emoção. Introspeção e Conhecimento. Contextualização das dimensões Atenção, Clareza e Reparação Emocional.
	Sessão 3 – Conhecimentos sobre Atenção acerca dos próprios pensamentos, bem como sobre a necessidade de controlar emoções. Conhecimentos sobre emoções.
	Sessão 4 – Emoção e cognição, ideias não racionais nas emoções. Competências de Reparação Emocional e Clareza. Estratégias de regulação de emoções em diferentes situações.
	Sessão 5 – A importância da pré-disposição no resultado final da emoção, introspeção sobre como cada emoção se materializa (clareza emocional) e como a emoção gerida e desenvolvida (reparação



emocional).
Sessão 6 – Aquisição de ferramentas de empatia e assertividade com o propósito dos participantes entenderem e respeitarem as emoções dos outros. Controlo emocional na gestão de conflitos. Estratégias de coping e de gestão de stress face a conflitos.
Sessão 7 – Ações que podem ser tomadas em situações de stress, mudança ou conflito. Pretendendo-se que os participantes adquiram conhecimentos e estratégias sobre gestão de emoções e que as possam adequar às diferentes situação.
Sessão 8 – Implementação de competências trabalhadas em sessões anteriores. Reflexão sobre situações do dia a dia onde poderão ser aplicadas competências de regulação de emoções.
Sessão 9 – Atenção, Clareza e Regulação Emocional, competências de Inteligência Emocional. Observação das competências que os participantes foram adquirindo durante da intervenção.
Sessão 10 – Inteligência emocional, competências de reparação emocional, atenção e clareza. Revisão dos conteúdos.

Existe ainda referência que a intervenção é composta por um total de 10 sessões de grupo, com periodicidade semanal, e duração de 90 minutos, e neste caso baseada no modelo de habilidades com três dimensões: Atenção, Clareza e Reparação Emocional. Sendo os grupos constituídos por entre 8 a 12 pessoas e estando contemplada uma sessão de zero e uma sessão final de avaliação.

### 3.3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O interesse no conceito de IE tem progressivamente se tornado mais evidente, sobretudo devido ao reconhecimento do seu papel na adaptação e devido ao reconhecimento do potencial das emoções no comportamento e ação humana (Berrocal & Extremera, 2008; Costa & Faria, 2014).

Nos artigos presentes nesta revisão, Delhom, Satorres, e Meléndez, (2020) e Delhom, Satorres, e Meléndez, J. (2022), as intervenções que promovem a IE foram delineadas com recurso ao Modelo de Habilidades proposto por Mayer e Salovey (1997), que tem sobretudo em conta as dimensões clareza, atenção e reparação emocional, como seria de esperar a escala TMMS-24 de Fernández-Berrocal et al., (2004), validada em idosos por Delhom et al. (2017) foi o modo de avaliação selecionado. Esta escala é uma versão reduzida da escala de 48 itens proposta em 1995 por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, and Palfai (1995) e acenta nas características do modelo utilizado.

Como é possível aferir pela análise os artigos em estudo o ênfase recai sobretudo sobre os resultados das intervenções que promovem IE e não sobre as intervenções que a promovem, algo transversal aos artigos consultados para esta discussão.

Costa e Faria (2014), assumem existir uma falta de standardização a nível das intervenções sobre IE, o que pode levar cada autor a adotar, dentro do leque de perspectivas existentes na literatura, diferentes modelos de IE, consoante as áreas pretendem desenvolver, e as medidas e instrumentos de avaliação, desenhos de abordagem, entre outros parâmetros dos projetos ou programas de intervenção.

Talvez seja essa a razão pela qual, aos programas de intervenção delineados nos artigos não é atribuída pelos autores uma denominação específica, todavia, o resumo do conteúdo de cada sessão leva a quer que estes programas assumem características da intervenção psicoeducativa e psicossocial, intervenções essas que fazem parte das competências específicas do EEESMP.

Competências essas, que lhe permitem executar 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 (Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto, 2018). Reavivo ainda, que a aplicação de intervenções psicoeducativas torna-se revelante na medida em que a educação em saúde facilita a mudança de comportamentos e atitudes, a partir da possibilidade de transmissão de conhecimentos sobre a sua situação de saúde, aliando a capacitação através da enunciação de estratégias, na gestão dos seus recursos internos, para lidar com as dificuldades com que se deparam (Amaral et al., 2020). Quanto à intervenção psicossocial, esta visa aumentar a capacidade de desenvolvimento do ser humano, da família e da comunidade, permitindo que os indivíduos exerçam controle e poder sobre o seu ambiente individual e social (Araújo et al., 2011).

Existe ainda para além da exposição do conteúdo das sessões, referência ao número de sessões, dez no total, à periodicidade, tida como semanal, e duração de sessão, por norma 90 minutos, sendo os grupos constituídos por entre 8 a 12 pessoas e estando ainda contempladas uma sessão de zero e uma sessão final de avaliação. Existe também, referência em ambos os artigos da realização de um estudo piloto, que os autores referem ter possibilitado melhoramentos no desenho da intervenção. Não se encontrando explícito, se existiu ou não para além do estudo piloto, uma avaliação formativa no fim de cada sessão, onde os participantes poderiam fazer sugestões de melhoria, que respeita há forma como as sessões foram executadas.

Quanto à avaliação, para programas de intervenção em Enfermagem, Caballo (2008) afirma que se devem seguir orientações teóricas que consideram a existência de quatro momentos sequenciais de avaliação: avaliação antes, durante e depois da

implementação do programa e num período de acompanhamento pós-programa (*follow-up*).

A forma de avaliação deverá fazer-se valer da utilização de escalas, questionários, guião de entrevista, fichas de registo e registo de observação de ocorrências (Lemos & Menezes, 2002; Spence, 2003). Embora exista referência a um estudo piloto, não existe indicação se os participantes preencheram questionários de satisfação com as sessões realizadas, no entanto os resultados estatisticamente significativos na maioria das dimensões pressupõem satisfação com as sessões.

Na literatura disponível, não foi encontrada nenhuma intervenção de EEESMP sobre IE para assim, conseguir comparar uma duração desejável deste tipo de programa. No entanto, sabe-se que terá de existir um número de sessões suficientes para abordar a temática, consoante o modelo selecionado para a intervenção.

O artigo de Delhom, Satorres e Meléndez (2020), existe ainda uma detalhada descrição de cinco objetivos específicos que os autores delinearam para o do programa de intervenção sobre a promoção da IE.

Julgo ser pertinente também referir que com as intervenções de IE no estudo de Delhom, Satorres e Meléndez, (2020), é possível aferir que para além do desenvolvimento de dimensões de IE como a clareza e a reparação emocional, que se traduzem segundo os autores em significância estatística para o aumento da IE das pessoas idosas saudáveis em estudo, relação entre este tipo de intervenções em idosos saudáveis com o maior associação entre as medidas de IE autorreferidas e a satisfação com a vida, o mesmo aconteceu com a dimensão resiliência.

Como corrobora Queirós et al. (2005), ao estudarem a validação da versão Portuguesa modificada da *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) chegaram aos mesmos resultados que Fernández Berrocal, Extremera e Ramos (2004), ou seja, concluíram que os fatores clareza emocional e reparação emocional se correlacionam positiva e significativamente com a satisfação com a vida.

No estudo de Delhom, Satorres e Meléndez (2022), verifica-se que para além do desenvolvimento de dimensões de IE como a clareza e a reparação emocional, que se traduzem segundo os autores em significância estatística para o aumento da IE nas pessoas idosas saudáveis em estudo, relação entre as intervenções em idosos saudáveis com o aumento dos mesmos. Concluindo os autores que a integração das competências de inteligência emocional permite a relação emocional, o que permite um coping adaptativo que reduz a duração de experiências stressantes e a possibilidade de desenvolvimento de problemas emocionais.

Existem indicadores de que a IE é potenciadora da adaptação, ao facilitar o bem-estar emocional e global do indivíduo, bem como teria impacto na capacidade para realizar tarefas com mestria e alcançar o êxito (Berrocal & Extremera, 2008; Costa & Faria, 2014; Parker et al., 2018). A elaboração de intervenções que promovam a saúde mental através do desenvolvimento destas capacidades de promoção da saúde no envelhecimento demonstram melhorar a qualidade de vida dos idosos, dado estimularem a participação, a interação, a integração e o empoderamento (Araújo et al., 2011).

Em ambos os estudos, os autores salientam a heterogeneidade da amostra conseguida para a realização dos mesmos, no entanto tecem conclusões cautelosas sobre o tema, reforçando a ideia de que a pessoa idosa pode beneficiar bastante de programas de educação emocional, ao desenvolver novas habilidades emocionais e/ou aprimorando habilidades adquiridas anteriormente.

Saliento também, que em ambas as investigações é feita referência há necessidade de realização de mais estudo, com *follow-ups* associados a esses estudos futuros, para assim verificar a eficácia dos mesmos a longo prazo.

### 3.4 – LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta revisão *Scoping* foi influenciada pelo número de estudos incluídos e pelas características da amostra, pois ambos os estudos são realizados pelos mesmos autores, em amostras com características sociais e demográficas semelhantes e com uma intervenção de IE idêntica, pelo que os resultados devem ser vistos com cautela.

A limitação idioma (inglês, português e espanhol), o número de artigos, o período de investigação e o facto de não ter sido explorada a literatura cinzenta não publicada, assim como o número de estudos relevante para a investigação são limitações que evidencio nesta revisão.

Como foi possível verificar, não existem até ao momento estudos realizados por EEESMP. Todavia, a utilização de intervenções baseadas em IE podem ser uma ferramenta para a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais comuns na pessoa idosa. Deste modo, mais publicações específicas na área de ESMP, poderiam ter sido importantes para esta revisão de forma a revelar um conhecimento representativo destas intervenções.

Esta RS permitiu reunir informação relativa às intervenções podendo esta constituir-se como o ponto de partida para a sistematização de intervenções e posterior avaliação da sua validade de conteúdo e eficácia na prática clínica.

É necessária mais evidência estatística acerca das intervenções de IE na pessoa idosa, pelo que será imprescindível realizar mais estudos que traduzam significância estatística. Estudos futuros devem ter em conta o tamanho da amostra e tempo de aplicação da intervenção para permitir uma melhor análise dos resultados e conclusões. Ficando evidenciada a necessidade de utilização de um instrumento (escala de avaliação) validada e adequada para a população em estudo, pré e pós programa de intervenção, cuja duração mínima seja adequada tendo em conta espaço temporal versus efeito, e respetivo *follow-up*. Assim como, a importância da clarividência dos comparadores e heterogeneidade da amostra.

### 3.5 – CONCLUSÕES

A promoção da saúde mental e bem-estar mental na comunidade constitui um desafio para os profissionais de saúde. Torna-se assim necessário que os profissionais de saúde empreguem as suas competências específicas, que lhes permitam uma crescente capacitação para a promoção da saúde mental da pessoa idosa.

Com esta Revisão *Scoping* pretendeu-se identificar o contributo da promoção da inteligência emocional na pessoa idosa, e em específico: Quais as intervenções promovem a inteligência emocional na pessoa idosa. E, quais as características das intervenções que promovem a inteligência emocional na pessoa idosa.

Os resultados desta RS evidenciam um muito escasso número de estudos sobre a temática, assim como a inexistência de estudos primários realizados por EEESMP, apesar de existir evidência de que intervenções promotoras de IE podem ser benéficas minorando a prevalência de síndromes depressivos e de deterioração neurológica, e melhorando o humor, as estratégias de *coping*.

Uma vez que a ausência de resultados em investigação, por norma é por si só um resultado, são necessários estudos primários com amostra populacionais abrangentes que permitam evidência de resultados, de preferência com a existência de acompanhamento *follow-up* mais alargado após intervenção para aferir o impacto da intervenção na pessoa idosa.

No que respeita ao tipo de intervenção, pelo que foi que foi mapeado, esta assume características de intervenções psicoeducativas e psicossociais, e o seu conteúdo, duração e forma de avaliação dependerá sobretudo do modelo de IE no qual o estudo se baseará sendo imprescindível a existência de *follow-up* após intervenção.



## RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento, Relatório Final de Estágio procurou espelhar o trabalho desenvolvido ao longo destes 18 meses de jornada académica, uma vez que considerar apenas o tempo de estágio seria do meu ponto de vista injusto, pois a sua consecução resulta de toda a experiência adquirida no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEnfC.

Os diferentes contextos de estágio foram primordiais para o desenvolvimento de conhecimentos, e competências tanto gerais do enfermeiro especialista com específicas do EEESMP, e que me permitiram evoluir como auspiciava.

Não posso deixar de enaltecer o fundamental contributo das professoras orientadores e das enfermeiras tutoras nesse desenvolvimento de competências, bem como, a possibilidade de partilhar parte do contexto de estágio com outra colega mestranda, o que se revelou vital na conclusão desta etapa.

Considero ter atingido todos os objetivos com aos quais me propus com a realização do documento Relatório Final de Estágio. Ao longo do documento tive oportunidade de evidenciar o trabalho que desenvolvi nos diferentes contextos de estágio, assim como de evidenciar que esse mesmo trabalho procurou ir ao encontro das necessidades dos contextos e sobretudo das pessoas que dele beneficiariam.

Procurei evidenciar a aplicação do conhecimento ao longo do percurso formativo, assim como a reflexão sobre a ação na concretização de atividades e projetos que permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP.

A componente de investigação revelou-se enriquecedora, uma vez que a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental é desde cedo uma das minhas principais áreas de interesse e a razão primordial pela qual ingressei neste Mestrado. A Revisão *Scoping* acabou por acicatar o desejo de no futuro realizar um estudo primário sobre a temática, pois só o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem pode ser utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

O presente documento, é decisivo para a desfecho desta etapa, etapa essa que se revelou um verdadeiro desafio do ponto de vista pessoal, profissional e académico, estando ciente, no entanto, que a conclusão desta fase dará origem a diversos outros desafios e responsabilidades profissionais e sociais.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### □ A

- Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS). (2022). Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia\\_Referenciacao\\_Final.pdf/](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf/).
- Alarcão, I. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Edições Almedina.
- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2). [https://www.researchgate.net/publication/250051738\\_Teoria\\_das\\_relacoes\\_interpessoais\\_de\\_Peplau\\_analise\\_fundamentada\\_em\\_Barnaum/link/53d796b50cf29f55cfb4e277/download](https://www.researchgate.net/publication/250051738_Teoria_das_relacoes_interpessoais_de_Peplau_analise_fundamentada_em_Barnaum/link/53d796b50cf29f55cfb4e277/download).
- Amado Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2). [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf).
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). 42 Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 174-176). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style*. (Ed.7). APA.
- Andrade, A., Duarte, J., Cruz, C., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2019). Inteligência emocional em idosos portugueses. *Revista INFAD De Psicologia, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1). <https://www.redalyc.org/journal/3498/349861666032/html/>.
- Antunes A. (1998). *Consentimento informado*. In: D. Serrão, R. Nunes. *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto Editora.
- Araújo, L., Coelho, C., Mendonça, E., Vaz, A., Siqueira-Batista, R., & Cotta, R. M. (2011). Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, 30(1), 80-6. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n1/80-86/pt>.

- Augusto-Landa, J., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2011). Does perceived emotional intelligence and optimism/pessimism predict psychological well-being? *Journal of Happiness Studies. An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 12(3), 463–474. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-010-9209-7>.
- **B**
- Bar-On, R. (2001). Emotional intelligence and self-actualization. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. (pp. 82–97). Psychology Press.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Suppl), 13–25. <https://www.psicothema.com/pdf/3271.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Berrocal, P., & Extremera, N. (2008). A review of trait meta-mood research. In A. M. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research* (pp. 17–45). Nova Science Publishers. [https://www.researchgate.net/publication/270818329\\_A\\_REVIEW\\_OF\\_TRAIT\\_META-MOOD\\_RESEARCH](https://www.researchgate.net/publication/270818329_A_REVIEW_OF_TRAIT_META-MOOD_RESEARCH)
- **C**
- Caballo, V. (2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. [https://www.researchgate.net/publication/324150163\\_Manual\\_de\\_avaliacao\\_e\\_treinamento\\_das\\_habilidades\\_sociais](https://www.researchgate.net/publication/324150163_Manual_de_avaliacao_e_treinamento_das_habilidades_sociais).
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Chamorro-Premuzic T., Bennett, E., & Furnham A. (2007). The Happy Personality: Mediation Role of Trait Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1633–1639. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886906004363>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A., & Faria, L. (2014). Avaliação da inteligência emocional: A Relação entre Medidas de Desempenho e de Autorrelato. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 339–346. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73911/2/92548>. Pdf.
- **D**
- Decreto-Lei nº 36/1998, de 24 de Julho de 1998, Diário da República, I Série A - Nº 169.

- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006. Diário da República, I Série - N.º 109.
- Decreto-Lei nº 8/2010, de 13 de Maio de 2010. Diário da República, I Série - N.º 93.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008, Diário da República, 1.ª Serie - Nº 38.
- Decreto-Lei n.º 113/2021, 14 de dezembro de 2021, Diário da República, 1ª Série, Nº 240.
- Del Valle, I. & Castillo, M. (2010). Inteligencia Emocional: Una revisión del concepto y líneas de investigación. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, (20), 107-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3934705>.
- Delhom, I., Gutierrez, M., Lucas-Molina, B., & Meléndez, J. (2017). Emotional intelligence in older adults: psychometric properties of the TMMS-24 and relationship with psychological well-being and life satisfaction. *International psychogeriatrics*, 29(8),1327–1334. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28462774/>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2018). Programa Nacional para a Saúde Mental. DGS. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>.
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>.
- Duque, E. & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista EDAPECI*, 17(2), 103-118. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/63228>.
- **E**
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. <https://www.esenfc.pt/pt/download/1186/Vy3r1dxueQvv5bKlefBN>.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022a). *Guia Orientador – Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022b). *Unidade curricular: Estágio com Relatório - guia orientador*.

□ **F**

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(Pt1), 751-755. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15217021/>.
- Ferra, C. (2020). Conceção de um programa de saúde mental positiva para doentes oncológicos: Intervenção especializada em enfermagem. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33592>.
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo De Caso Como Método De Investigação Em Enfermagem. *Revista da UI\_IPSantarem*. 6 (2), 102-107. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.
- Figueiredo, M., & Queirós, P. (2015). Enfermagem, De Ciência aplicada a Ciência Humana Prática: Da Racionalidade Técnica à Prática Reflexiva, Projeto Historia e Epistemologia e Enfermagem. [https://www.researchgate.net/publication/275640022\\_ENFERMAGEM\\_DE\\_CIENCIA\\_APLICADA\\_A\\_CIENCIA\\_HUMANA\\_PRATICA\\_DA\\_RACIONALIDADE\\_TECNICA\\_A\\_PRATICA\\_REFLEXIVA](https://www.researchgate.net/publication/275640022_ENFERMAGEM_DE_CIENCIA_APLICADA_A_CIENCIA_HUMANA_PRATICA_DA_RACIONALIDADE_TECNICA_A_PRATICA_REFLEXIVA)
- Fragoso, V. & Chaves, M. (2012). *Educação Emocional para Séniores*, Psicosoma Edições.

□ **G**

- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.
- Goleman, D. (2001). Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Objetiva.
- Goleman, D. (2003). *Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e os outros*. Campus.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5 ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.

□ **H**

- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Climepsi Editores.
- Hipólito, J. (2010). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. EDIUAL - Universidade Autónoma Editor.

□ **I**

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaqu&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2).
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos. Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaqu&DESTAQUESdest\\_boui=541064323&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu&DESTAQUESdest_boui=541064323&DESTAQUESmodo=2).
- **J**
- Joint Consortium for School Health (JCSH). (2013). *Schools as a Setting for Promoting Positive Mental Health: Better Practices and Perspectives*. (2). [https://www.jcsh-cces.ca/upload/JCSH%20Best%20Practice\\_Eng\\_Jan21.pdf](https://www.jcsh-cces.ca/upload/JCSH%20Best%20Practice_Eng_Jan21.pdf)
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American psychologist*, 67(3), 231–243. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22040221/>.
- **K**
- Keefer, K., Parker, J., & Saklofske, D. (2018). Three decades of emotional intelligence research: Perennial issues, emerging trends, and lessons learned in education: Introduction to *Emotional Intelligence in Education*. In K. Keefer, J. Parker, & D. Saklofske (Eds.), *Emotional intelligence in education: Integrating research with practice* (pp. 1–19). Springer International Publishing/Springer Nature.
- Kim, H. (2020). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Spring Publishing Company.
- **L**
- Lemos, M., & Menezes, H. (2002). A avaliação da competência social: Versão portuguesa da forma para professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 267-274. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/YcLYhgkR4pQMBL8JqNGPgTL/?format=pdf&lang=pt>.
- Leprohon, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. In Ordem Dos Enfermeiros Portugueses – 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde. Ordem dos Enfermeiros Portugueses
- Lopes, M. (2006). A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica. Formasau.

- Lima, A., Martins, M., Ferreira, M., Coelho, A., Schoeller, S., & Parola, V. (2021). Nursing practice in the promotion of the elderly's autonomy. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, (55). <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tSwrM6Wps8S57FGckZ4cHbn/>
- Loureiro, C., Santos, M., & Frederico-Ferreira, M. (2015). Conceção do programa de intervenção em enfermagem 'Melhorar competências com os outros'. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 2), 27-32. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33811/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-20.pdf>.
- **M**
- Mayer, J., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of personality Assessment*, 54(3-4), 772-781. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2348356/>.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433 -442. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0160289693900103>.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. Basic Books.
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160289699000161>.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence*. Cambridge University Press.
- Mayer, J., Salovey, P. (2004). What is emotional intelligence? In P. Salovey, M. A. Brackett, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence: Key readings on the Mayer and Salovey model* (pp. 29–59). Dude Publishing.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?. *American Psychologist*, 63(6), 503-517. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18793038/>.
- Marques-Teixeira, J. (2007). *Consensos Psiquiátricos - Manual Prático Para Clínicos Gerais*. VVE Editores.
- McCabe, R., & Healey, P. (2018). Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Topics in Cognitive Science*, 10(2), 409–424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29749042/>.

- Medina Moya, J. (2002). Práticas educativas y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*, (15), 21-30. <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/index15.htm>.
- Medina Moya, J. (2008). De mapas y territorios. *Revista Rol de Enfermería*, 31(7-8), 533-536. <https://medes.com/publication/42967>.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating transitions: redefinition of nursing mission*. Nursing Outlook, 42(6), Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5ed). Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, Philadelphia.
- Moreira, P. (2022). *Inteligência Emocional - uma abordagem prática*. Idioteque.
- **N**
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Encontro 2014 do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. [https://www.researchgate.net/publication/314050343\\_Responsabilidade\\_profissional\\_etica\\_e\\_legal\\_em\\_Enfermagem\\_de\\_Saude\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/314050343_Responsabilidade_profissional_etica_e_legal_em_Enfermagem_de_Saude_Mental).
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20\\_EDDP%20I%20\\_%20vol%20I\\_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022\\_compr.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20I%20_%20vol%20I_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf)
- **O**
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. *Análise Psicológica*. 19(4). <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6553>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020). Regulamento da Estrutura para a Qualidade, Inovação e Promoção da Saúde. Secção Regional do Centro.

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17450/regulamento-da-estrutura-para-a-qualidade-inova%C3%A7%C3%A3o-e-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde\\_assinado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17450/regulamento-da-estrutura-para-a-qualidade-inova%C3%A7%C3%A3o-e-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde_assinado.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021a). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>.
  - Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021b). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados de Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-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 (OE). (2022). Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-demental/full-view.html>.
  - Organização Mundial de Saúde. (OMS). (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Divisão da Educação para a Saúde.
  - Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). Investir na Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo. [https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir\\_na\\_prev\\_e\\_prom\\_da\\_sp\\_em\\_c\\_edu.pdf](https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir_na_prev_e_prom_da_sp_em_c_edu.pdf).
  - Organização Mundial de Saúde (2010). CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706\\_por.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf).
  - Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6).
  - Organização Mundial de Saúde. (2017). *Mental Health in Older Adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
  - **P**
  - Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J.,



- Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>.
- Pais Ribeiro, J., Horando, A., & Leal, I., (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (2). <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1058>.
  - Palmer, A., Burns, S., e Bulman, C., (1995). *Reflective Practice in Nursing The Growth of the Reflective Practitioner*. Blackwell Scientific Publications, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2001.0528b.x>.
  - Pane, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2). Lusociência.
  - Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. MassonSalvat.
  - Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4\\_61\\_73%20%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf).
  - Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., Mclnerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26134548/>.
  - Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
  - Peters, M., Marnie, C., Tricco, A., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/>.
  - Petrides, K., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6). 425–448. [http://www.psychometriclab.com/adminsdata/files/EJP%20\(2001\)%20%20T\\_EI.pdf](http://www.psychometriclab.com/adminsdata/files/EJP%20(2001)%20%20T_EI.pdf).
  - Pinho, L., Correia, T., Lopes, M., Fonseca, C., Marques, M., Sampaio F., do Arco, H. (2021). Patient-Centered Care for People with Depression and Anxiety:

- An Integrative Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*. 11(5), 411. <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/5/411/htm>.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
  - Pocinho, R. (2014). *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. Associação Nacional de Gerontologia Social.
  - Puga, V., Lopes, A., & Costa, L. (2012). Assessment of cross-cultural adaptations and measurement properties of self-report outcome measures relevant to shoulder disability in Portuguese: a systematic review. *Revista brasileira de fisioterapia*. 16(2), 85–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22588123/>.
  - **Q**
  - Queirós, M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. & Queirós, P. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, (9), 199-216. [https://mypages.unh.edu/sites/default/files/jdmayer/files/valid\\_e\\_fiabilidade\\_da\\_vers\\_portuguesa\\_modificada\\_da\\_tmms.pdf](https://mypages.unh.edu/sites/default/files/jdmayer/files/valid_e_fiabilidade_da_vers_portuguesa_modificada_da_tmms.pdf).
  - Queirós, P. (2012). Teoria em Enfermagem, Precisa-se. *Revista Investigação Enfermagem*. (25). [https://www.researchgate.net/publication/267328437\\_Teoria\\_da\\_enfermagem\\_precisa-se](https://www.researchgate.net/publication/267328437_Teoria_da_enfermagem_precisa-se).
  - Queirós, P. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e mestrado em enfermagem. *Revista Referência*, 4 (2). [https://www.researchgate.net/publication/267267475\\_Conceitos\\_disciplinares\\_em\\_uso\\_por\\_estudantes\\_de\\_licenciatura\\_e\\_de\\_mestrado\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/267267475_Conceitos_disciplinares_em_uso_por_estudantes_de_licenciatura_e_de_mestrado_em_Enfermagem).
  - Queirós, P. (2021). *Uma prática teórica da enfermagem. Coletânea para uma epistemologia de enfermagem*. ESEnfC.
  - Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. In A, Barbosa & I., Neto, (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos (2ª Ed.)* (pp.461-485). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
  - **R**
  - Ramos, I. (2007). *Medição da Eficácia do Treino de Competências de Inteligência Emocional*. [Dissertação de Mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/999>.

- Rascão, J. (2004). *Sistemas de Informação para as Organizações - A Informação Chave para a Tomada de Decisão*. Edições Sílabo.
- Regulamento n.º 365/2015 de 25 de Junho. (2015). Diário da República: II Série, N.º 122. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto. (2018). Diário da República: II Série, N.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Diário da República: II série, N.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Rosa, A. (2022) Apontamentos Aulas Pratica Baseada na Evidência. ESEnfC.
- **S**
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77-84. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34631/1/artigo%20afiliado%20Csequeira-15.pdf>.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 06-08. [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426\\_Comunicacao\\_terapeutica\\_em\\_saude\\_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf).
- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-CanuT, T., Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19775>.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Shattel, M.M., McAllister, S., Hogan, B. & Thomas, S.P. (2006). "She Took the Time to Make Sure She Understood": Mental Health Patients' Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (5), 234-241. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010827/>.
- Spence, S. (2003). Social skills training with children and young people: "Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-96. [https://www.cs.cmu.edu/~smrobert/indep\\_summer/cam.pdf](https://www.cs.cmu.edu/~smrobert/indep_summer/cam.pdf).

□ **T**

- Teixeira I., & Neri A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Revista de Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305123726010>.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*, (6ª ed.). Lusociência.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>.

□ **V**

- Vicente, J. (2014). *Consentimento Informado na Assistência Privada e Pública Hospitalar, o que Entendem os profissionais de Saúde e Doentes/Famílias sobre a informação e o Consentimento Informado Praticado em Portugal*. [Tese de Doutoramento]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa\\_FINAL.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FINAL.pdf).

□ **W**

- Woyciekoski, C., Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815253002>

□ **Z**

- Zaki H., Abd-Elrhaman S., & Ghoneimy A. (2018). The Effect of Emotional Intelligence Program on Decision Making Style. *American Journal of Nursing Research*, (6), 524-532. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/6/21>.

### **Artigos Revisão Scoping**

- Aldaz, E., Aritzeta, A., & Galdona, N. (2019). The association between alexithymia, emotional intelligence and burnout among nursing assistants working in nursing home settings: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2786–2796. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31287174/>.
- Chang, O., Sánchez-Álvarez, N., Rey, L., Extremera, N., Kwon, M., & Li, M. (2022). Gratitude, Emotional Intelligence, and Life Satisfaction Among Older

- Adults: Evidence for a Broaden-and-Build Model or an Amplification Model?. *Journal Happiness Studies*, 23, 2597-2611. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-022-00515-4>.
- Delhom, I., Gutierrez, M., Mayordomo, T., & Meléndez, J. (2018). Does Emotional Intelligence Predict Depressed Mood? A Structural Equation Model with Elderly People. *Journal Happiness Studies*, 19, 1713–1726. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-017-9891-9#:~:text=The%20results%20show%20that%20emotional,turn%20negatively%20predicts%20depressed%20mood>.
  - Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. (2020). Can we improve emotional skills in older adults? Emotional intelligence, life satisfaction, and resilience. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 133-139. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592020000300002&script=sci\\_abstract&tlng=en#:~:text=An%20emotional%20intelligence%2Dbased%20intervention,in%20life%20satisfaction%20and%20resilience](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592020000300002&script=sci_abstract&tlng=en#:~:text=An%20emotional%20intelligence%2Dbased%20intervention,in%20life%20satisfaction%20and%20resilience).
  - Delhom, I., Satorres, E., & Meléndez, J. (2022). Emotional intelligence intervention in older adults to improve adaptation and reduce negative mood. *International Psychogeriatrics*, 34(1), 79-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33153515>.
  - Frías-Luque, M. D., & Toledano-González, A. (2022). Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: a systematic review. *PeerJ*, 10, e12900. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35186486/>.
  - González, S., Fincias, P., Prados, A. (2018). Self-perception of emotional development in individuals attending university programmes for seniors: training needs and answers. *Studies in Continuing Education*, 41(1), 94-110. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0158037X.2018.1481379>
  - Meléndez, J., Delhom I., Bueno-Pacheco A., Reyes M. & Satorres E. (2022). Emotional intelligence predicting ego integrity in healthy older adults. *Aging & Mental Health* 27(4), 838–843. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2022.2068125>.
  - Parmelee, P., Scicolone, M., Cox, B., DeCaro, J., Keefe, F., & Smith, D. (2018). Global Versus Momentary Osteoarthritis Pain and Emotional Distress: Emotional Intelligence as Moderator. *Annals of behavioral medicine: Society of Behavioral Medicine*, 52(8),713-723. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6887672/>.

- Small, G., Lee J., Kaufman, A., Jalil, J., Siddarth, P., Gaddipati, H., Moody, T. & Bookheimer, S. (2020). Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 179-187. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366948/>.

## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE I**

**CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**

## APÊNDICE I – CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

### CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

#### 1 – INTRODUÇÃO

O estudo de um caso clínico de enfermagem é uma abordagem metodológica de investigação, adequada quando o propósito é compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo et al. 2018).

O documento intitulado Caso Clínico de Enfermagem pertence ao Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) inserido no 2º Semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) 2021/2023 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), [REDACTED]

A escolha da pessoa assistida para a realização do estudo de caso foi realizada por conveniência, tendo em conta o diagnóstico clínico e o estado atual do processo de doença, o que certamente apresentará assim inúmeras possibilidades de intervenções especializadas que me permitam desenvolver trabalho e competências enquanto futura enfermeira especialista trazendo à pessoa assistida estratégias adequadas para o lidar consigo mesmo, com os que a rodeiam outros e com o futuro.

Este documento tem como objetivos:

- Aprimorar técnicas de entrevista e de colheita de informação.

- Executar avaliação do exame do estado mental e formular diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções de enfermagem,
- Implementar o plano de intervenções específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP).
- Avaliar o resultado das intervenções desenvolvidas.

Metodologicamente este estudo de caso teve em conta diferentes etapas, desde a seleção da pessoa assistida, e seu consentimento para a realização do mesmo; a recolha de informações através de entrevistas semi-estruturadas e exploratórias; a realização do exame do estado mental, bem como um processo de pensamento crítico, clínico e reflexivo de forma a compreender a problemática e identificar possíveis soluções, planificação, prestação de cuidados, avaliação dos resultados e implementação de medidas corretivas.

A estrutura deste trabalho vai ao encontro do Guia Orientador do Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e teve em conta bibliografia pertinente para a temáticas desenvolvidas, e está estruturado de acordo com as indicações do guia orientador do presente estágio. Para a sua elaboração foram utilizadas as normas de elaboração de trabalhos escritos que constam no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (2016), em complementaridade com as normas American Psychological Association (APA) 7a edição.

## **2 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA**

Nome: C.

Sexo: Feminino

Idade: 63 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Profissão: Técnica de electrocardiografia Reformada

Habilitações literárias: 12 ano + curso de electrocardiografia

Estado Civil: Divorciada

Vive sozinha em habitação própria.

## **3 – MOTIVO DE INTERNAMENTO**

A pessoa assistida solicitou o internamento na instituição, uma vez que se encontrava em tratamento em regime de ambulatório, não sendo para si evidente uma melhoria do estado de saúde. Os seus sintomas depressivos ter-se-iam intensificado (isolamento social,

anorexia) desde o início do ano, altura em que terminou o relacionamento de 8 anos com o ex-companheiro.

Medicação atual:

Escitalopram 20mg (pequeno-almoço); Trazadona 300g (jantar); Rivotril 2mg (deitar); Bupropion 300mg (almoço); Diazepam 5mg (jantar).

#### **4 - HISTÓRIA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR** (apêndice III - Genograma e Ecomapa)

Como acontecimentos marcantes a pessoa assistida relata, o divórcio dos pais quando esta tinha dois anos, o facto de ter vivido com os avós maternos até aos 11 anos, uma infância feliz. A relação chegada com os tios maternos, com os quais tem idade próxima.

A ida para Lisboa aos 11 anos, para viver com a mãe, professora, que segundo ela foi sempre muito exigente para consigo. O nascimento de um irmão, 15 anos mais novo.

A relação distante que sempre manteve com o pai, piloto de aviação, desde a infância até ao seu falecimento em 2010.

A ida para Espanha aos 16 anos, onde residiu com a tia materna durante 4 anos, posteriormente o regresso [REDACTED], onde trabalhou como técnica de eletrocardiografia durante 30 anos. O casamento aos 27 anos, o nascimento da filha (J.) aos 30 anos. O divórcio após 25 anos de casamento (J.).

A relação que manteve com (F.), durante 8 anos, bem como a abertura de um restaurante durante esse período de tempo, no qual a C. assumia todo o tipo de funções. O encerramento do mesmo restaurante e, posteriormente, no final de 2021 o fim do relacionamento com (F.) foram segundo a pessoa assistida fatores precipitantes da situação de saúde atual.

Para C. a filha J., a mãe, o marido da mãe, a tia e o tio maternos e o amigo J. parecem figurar com a rede principal de suporte.

#### **5 – HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES SAÚDE-DOENÇA**

Antecedentes Pessoais - Saudável do ponto vista físico, como antecedentes apresenta um parto eutócico aos 30 anos (Gesta 1, Pára 1), renite alérgica, ex-fumadora desde os 48 anos.

Antecedentes Psiquiátricos - Refere a presença de alguns momentos de maior fragilidade emocional ao longo dos anos, tendo se deslocado pela primeira vez ao médico com 12 anos, sozinha, recorda-se de ele lhe ter dito que estava deprimida.

Refere dois momentos de ideação suicida, aos 12 anos e no início de 2022, e um momento de tentativa de suicídio aos 14 anos onde ingeriu comprimidos.

Ex-toxicodependente desde há 26 anos, iniciou os primeiros consumos em Lisboa, aos 16 anos, consumindo haxixe fumado. Entre os 22 e os 37 anos consumiu com o ex-marido, de forma intermitente heroína e cocaína por via endovenosa. Aos 37 anos suspendeu consumos de estupefacientes após duas desintoxicações, tendo integrado um programa de terapêutica de substituição com metadona durante 18 meses.

## **6 – EXAME DO ESTADO MENTAL**

O exame do estado mental foi realizado no dia 04/06/2022, às 15h30.

**Apresentação geral:** Higiene diária, apresentação cuidada com indumentária adequada à temperatura ambiente.

**Postura, Motricidade e movimentos:** Ombros caídos, movimentos lentificados.

**Expressão facial e mimica:** Expressão facial triste, gesticulação adequada e em concordância com expressão verbal.

**Contacto e abordagem:** Contacto visual adequado, com tendência para olhar o chão.

**Consciência, orientação:** Vígil, com orientação alopsíquica e heteropsíquica preservada.

**Humor, Afetos, Emoções:** Chorosa, humor deprimido e referência a ansiedade. Aplicada escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) cujo resultado obtido na subescala da Depressão atendia a uma depressão leve. As respostas na subescala da ansiedade e do stress não revelaram pontuações significativas.

**Pensamento:** Curso - Lentificado; Conteúdo – Sem alteração; Forma - Sem alterações; Posse – Sem alterações.

**Percepção:** Sem alterações.

**Memória:** Apresenta alterações na memória recente, e na memória remota, reconhecendo-as.

**Insight e Julgamento:** Solicitou internamento, demonstra ao longo da conversa insight sobre a doença e a necessidade de tratamento.

**Funções biológicas vitais:** Não apresenta ideação de suicídio nem comportamentos autolesivos.

## **7 - CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA**

O Modelo das Relações Interpessoais segundo Hildegard Peplau, foi o modelo que considere mais pertinente para me nortear na construção não só deste documento, assim

como de todo o trabalho realizado com a pessoa assistida visando promover o reconhecimento e a alteração de comportamentos padrão.

Este modelo assenta fundamentalmente no conceito de enfermagem psicodinâmica e baseia-se na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa assistida, tendo por objetivo promover mudanças favoráveis.

A enfermagem é definida por Peplau, como uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às suas necessidades, a fim de a ajudar (Almeida et al., 2005), através de um processo terapêutico e de interação interpessoal, relacionando as causas e efeitos dessa mesma interação.

A pessoa, o enfermeiro/a e os fenómenos que decorrem durante o processo terapêutico são os elementos indispensáveis da prática de enfermagem sendo que, esta relação interpessoal proporciona um crescimento e desenvolvimento pessoal aos seus intervenientes (Almeida et al., 2005).

Para Peplau (1990), o enfermeiro/a deve ajudar a pessoa a identificar padrões de comportamento disfuncionais e a desenvolver padrões de comportamento mais funcionais e promotores do crescimento pessoal, isto sempre no contexto da relação interpessoal, sendo nesta interação o enfermeiro/a um observador participante que observa não só a pessoa mas também as suas respostas, estabelecendo-se um esforço conjunto, para identificar os problemas sentidos, compreendê-los, considerá-los e aplicar intervenções de resultados benéficos (Peplau, 1990).

O autor evidencia ainda que a relação entre a pessoa assistida e o profissional especializado está na base da Enfermagem, sendo na definição e adequação dos objetivos do plano terapêutico primordial ter em conta a pessoa enquanto ser biopsicossocial, e não a decorando enquanto ser social, seu núcleo familiar, a sua cultura e ambiente onde está inserida (Peplau, 1990).

Este modelo descreve quatro fases nesta relação que, apesar de independentes, se sobrepõem e decorrem ao longo da relação terapêutica:

Orientação: que pressupõem a procura de ajuda por parte da pessoa, e identificação da problemática por parte do profissional.

Identificação: nesta fase da relação a pessoa passa a identificar de forma seletiva os profissionais que lhe oferecem ajuda.

Exploração: requer que a relação terapêutica seja desenvolvida ao máximo de forma a que sejam atingidos com sucesso os objetivos estabelecidos.

Resolução: esta última fase da relação interpessoal é caracterizada pela resolução do problema ou dos problemas detetados no início da relação terapêutica. Devendo aqui o enfermeiro promover a desvinculação com a pessoa, garantindo que o mesmo se encontra capaz ou é detentor de uma rede de suporte que o auxilie após a alta (Almeida et al., 2005). Ao longo do processo terapêutico o enfermeiro/a deve assumir um papel dinâmico, flexível e disponível para com a pessoa, pois a relação não é estanque e em muito depende da disponibilidade tanto da pessoa como do profissional no momento do contato terapêutico. Ao longo da relação o enfermeiro é passível de assumir os seguintes papéis; pessoa estranha, pessoa recurso, professor, líder, substituto e/ou conselheiro (Almeida et al., 2005).

Na sua teoria, Peplau dá relevância ao enfermeiro, através de si mesmo, como agente terapêutico ou como meio para a resolução de problemas. Potenciando estas características, a autora acredita que o enfermeiro é capaz, cada vez mais, de se aproximar da pessoa, de um modo ativo (Almeida et al., 2005), o que vai ao encontro do preambulo das competências específicas do EESMP onde é esperada a “a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico” para o desenvolvimento de “(..) vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (..)” para em seguida poder colocá-las em prática prestando “cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo da vida” (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427).

Torna-se assim crucial o desenvolvimento de relação terapêutica com a pessoa uma vez que será benéfico para ambas.

## **8 – RACIOCÍNIO CLÍNICO**

A saúde mental é componente essencial e indivisível do ser humano e permite que este possa agir e realizar-se enquanto pessoa, no entanto, das vulnerabilidades vivenciadas por quem atravessa um processo de doença mental contínuo ou transitório sugerem focos de atenção da prática de enfermagem.

Segundo a minha análise, resultante de três momentos de entrevista e do exame de estado mental de C., foram estes os focos de atenção segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que se evidenciaram:

- Foco – humor,
- Foco – autocontrolo de ansiedade
- Foco - autocontrolo de emoções

Sendo que os diagnósticos identificados foram: humor deprimido, autocontrolo da ansiedade comprometido e autocontrolo de emoções comprometido. Perante isto, a decisão clínica que estruturei elencava quatro diferentes prioridades: o estabelecimento de uma relação terapêutica com C.; a implementação de um plano psicoterapêutico com utilização da técnica de reestruturação cognitiva; a implementação de um plano psicoeducativo de autocontrolo de ansiedade; e uma sessão de relaxamento com a técnica de Schultz.

### **Relação terapêutica (cronograma de atividades – apêndice II)**

Enfermeiro e pessoa ██████ estabelecem uma relação que se caracteriza por ser interpessoal, centrada no bem-estar da pessoa e se desenvolver por etapas num espaço temporal limitado, para o seu desenvolvimento são não só mobilizados conhecimentos teóricos como também técnicos, podendo o enfermeiro aqui, também se utilizar a si próprio como um instrumento terapêutico (Pereira & Botelho, 2014).

A relação terapêutica com C. começou a ser construída desde que o primeiro contacto foi estabelecido, inicialmente através de uma conversação de carácter espontâneo e informal para solicitar consentimento para a realização do presente trabalho, sendo que neste primeiro contacto foi dada oportunidade à pessoa assistida exprimir as suas emoções. Os contactos seguintes tiveram já um carácter mais formal, através de entrevista semi-estruturada que permitisse uma recolha de informação detalhada, escalas de avaliação diagnóstica, realização de exame de estado mental. Gradualmente, foi-se evidenciando que a pessoa assistida valorizava a relação terapêutica estabelecida e os planos de intervenção implementados como benéficos para a melhoria do seu estado de saúde, tal como é referido por Chalifour (2008), relação terapêutica em enfermagem de saúde mental é essencial no processo de cuidar, uma vez que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em processo de doença assenta em relações interpessoais significativas.

### **Técnica de Reestruturação Cognitiva (apêndice IV)**

As intervenções de enfermagem baseadas numa abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental apresentam diversos benefícios. De acordo com Pane (2003), a intervenção cognitivo-comportamental tem como objetivo fornecer à pessoa ferramentas que lhe permitam uma maior sensação de controlo sobre a sua vida, bem como uma maior proteção face a fatores precipitantes stress desnecessário, baseando-se na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e, na aquisição de comportamentos adaptativos e eliminação de comportamentos de desadaptação (Harrison, Geddes & Sharpe, 2002).



Ao longo do desenvolvimento desta intervenção foi possível verificar que a pessoa assistida teve um crescendo, que associa à consolidação da relação terapêutica assim como à gradual apreensão e colocação em prática dos conhecimentos adquiridos durante este plano de intervenção, bem como a constatação de que estes conhecimentos que ia implementando no seu dia-a-dia eram benéficos para a melhoria do seu estado de saúde, tendo em conta que de acordo com Sequeira (2006) os objetivos da reestruturação cognitiva passam por levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo, como construiu a sua realidade, C. passou não só a considerar hipóteses, mas também a pôr em prática sobretudo técnicas de reformulação, resinificação, reinterpretção especialmente no que respeita ao término da sua relação com F. e da relação conflituosa com a sua mãe. Os resultados aferidos pela aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) demonstram uma diferença considerável na pessoa assistida importa, no entanto, refletir que em relação aos resultados obtidos nesta escala, é que a mesma remete para fenómenos dos últimos 7 dias, e aquando do preenchimento pela segunda vez (16/06/2022), C. encontrava-se há 24 dias em internamento, em ambiente controlado, enquanto que na avaliação anterior, a avaliação ainda remetia ao domicílio. Segundo os resultados da escala, a pessoa assistida melhorou significativamente em todas as subescalas, algo que foi também evidente no seu comportamento, demonstrando humor melhorado, interagindo com as outras pessoas assistidas, oferecendo ajuda às pessoas assistidas menos autónomas, tendo iniciativa para participar nas atividades de ocupação terapêutica, voluntariando-se para ser responsável pela tarefa de colocação das mesas para as refeições, participação no atelier de pintura e na hidroginástica.

### **Autocontrolo da Ansiedade (apêndice V)**

As intervenções não-farmacológicas na área de Enfermagem de Saúde Mental fundamentam-se em grande escala nas teorias psicoterapêuticas que apresentam como funções comuns o fortalecimento da relação terapêutica; a manutenção da esperança de ajuda; oportunidade de aprendizagem cognitiva e experiencial à pessoa; a ativação emocional; o aumento da confiança da pessoa em si mesma e o encorajamento em aplicar o que adquiriu no quotidiano (Bloch, 1999). C. conseguiu transpor os conhecimentos sobre auto relaxamento para o seu dia-a-dia de uma forma eficaz. A capacidade de C. em conseguir de forma autónoma relaxar teve também impacto no autocontrolo de ansiedade e na resolução de problemas, uma vez que segundo a própria, começou a analisar as situações passíveis do seu controlo de uma forma mais calma e assertiva e deixou de “comer a sopa crua” *sic*. Ao longo das três sessões foi visível que a pessoa assistida

colocou em prática os conhecimentos adquiridos, tanto nas suas atividades do quotidiano como nas visitas que recebia da sua família.

### **Sessão de Relaxamento (apêndice VI)**

O relaxamento encontra-se por norma associado ao alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contração e conseqüente tensão muscular, no entanto os seus benefícios evidenciam-se também do ponto de vista da saúde mental (Payne, 2003).

O relaxamento contribui para a diminuição do stress, diminuição da angústia e da emotividade e, conseqüentemente, leva a uma homeostasia e reforça a tranquilidade e o equilíbrio, algumas das manifestações fisiológicas do relaxamento incluem: diminuição da frequência respiratória, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da tensão muscular e maior vasodilatação (Elias, 2014). O que vai ao encontro dos resultados obtidos com esta sessão.

A sessão revelou-se benéfica para a pessoa assistida, do ponto de vista físico e emocional, tendo ainda sido realizados ensinamentos para aplicação destas técnicas em contexto de pós alta, pelo que considero que os objetivos desta sessão foram atingidos com sucesso.

## **9 – PLANO DE CUIDADOS**

O planeamento e implementação das intervenções de enfermagem devem ser subjacentes às necessidades identificadas tendo em conta as fases do processo de enfermagem de saúde mental que são: Apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados, Planeamento, Implementação e Avaliação assim, estas devem ser estruturadas e planeadas de forma individual e centradas na pessoa (Townsend, 2009).

Procurei sempre que este plano de cuidados fosse executado de uma forma dinâmica, tendo em conta a evolução alcançada por C., pois para o sucesso do plano de cuidados é essencial que tanto o enfermeiro/a como a pessoa estejam de acordo face aos objetivos terapêuticos definidos, potenciando assim a possibilidade de sucesso das intervenções.

Tabela 1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

<b>Data de Início</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Data de Fim</b>
04/06	Humor deprimido	16/06
04/06	Autocontrolo de ansiedade comprometido	23/06
04/06	Autocontrolo de emoções comprometido	23/06

<b>Data de Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Data de Fim</b>
29/05	Executar Escuta Ativa	27/06
29/05	Promover a expressão de emoções	26/06
29/05	Executar Apoio Emocional	16/06
29/05	Executar Aconselhamento	27/06
07/06	Executar Reestruturação Cognitiva	16/06
16/06	Executar Intervenção Psicoeducativa de Autocontrolo da Ansiedade	23/06
19/06	Ensinar sobre ansiedade	19/06
19/06	Ensinar sobre o autocontrolo da ansiedade	19/06
19/06	Identificar fatores precipitantes de ansiedade	19/06
21/06	Ensinar técnicas de autocontrolo da ansiedade	21/06
21/06	Instruir técnicas de autocontrolo da ansiedade	21/06
21/06	Treinar técnicas de autocontrolo da ansiedade	23/06
21/06	Ensinar técnicas de resolução de problemas	21/06
21/06	Instruir técnicas de resolução de problemas	21/06
21/06	Treinar técnicas de resolução de problemas	23/06
21/06	Ensinar técnicas de auto relaxamento	21/06
21/06	Instruir técnicas de auto relaxamento	21/06
21/06	Treinar técnicas de auto relaxamento	26/06
26/06	Executar sessão de relaxamento	26/06
26/06	Gerir ambiente físico	26/06
26/06	Otimizar ambiente físico	26/06

## **10 – NOTAS CONCLUSIVAS**

O desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial em contextos particulares, promovendo a construção de bases sólidas (Benner, 2001). A concretização deste estudo de caso clínico revelou-se da maior importância neste estágio, uma vez que me permitiu desenvolver e executar competências do EESMP em contexto prático, tornando-se assim de elevada pertinência para a aprendizagem e desenvolvimento enquanto futura EESMP.

A colaboração e o empenho da pessoa assistida foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, [REDACTED]

Durante o desenvolvimento deste caso clínico experienciei inúmeras dúvidas e dificuldades, no entanto, sinto que tentei ao máximo suplantá-las, e julgo que consegui executar um trabalho que acabou por exceder as minhas expectativas e objetivos iniciais.

Estou grata à pessoa assistida em estudo ter manifestado grande satisfação com as intervenções desenvolvidas bem como, a sua interiorização e aplicação prática nas tarefas do dia-a-dia. O facto de a C. referir na alta que conseguia agora analisar a sua forma de pensar e os seus problemas de outra perspetiva, identificar fatores precipitantes de ansiedade e por em prática técnicas de autocontrolo da mesma, por si só justificou a realização deste estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style. (Ed.7), APA.

Almeida, V, Lopes, M., & Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Escola Enfermagem USP*. 39.(2). [https://www.researchgate.net/publication/250051738\\_Teoria\\_das\\_relacoes\\_interpessoais\\_de\\_Peplau\\_analise\\_fundamentada\\_em\\_Barnaum/link/53d796b50cf29f55c/download](https://www.researchgate.net/publication/250051738_Teoria_das_relacoes_interpessoais_de_Peplau_analise_fundamentada_em_Barnaum/link/53d796b50cf29f55c/download).

Benner, P. (2001) Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Quarteto.

Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Climepsi Editores.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. (3ª Ed.). Lidel.

Elias, M. (2014), *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Tese de Mestrado. Repositório da ESEL.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16277/1/Relat%C3%B3rio%20Teresa%202805-05-2014%29%2016h23.pdf>.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica: Guia Orientador*.

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. <https://www.esenfc.pt/pt/download/1186/Vy3r1dxueQvv5bKlefBN>.
- Figueiredo, M.; Amendoeira, J. (2018). Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém. *Revista da UIIPS*. (VI). (2). <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.
- Harrison, Geddes & Sharpe, (2002). *Introdução à psiquiatria*. Climepsi Editores
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. MassonSalvat.
- Pereira, P., Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. (18). (2). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4\\_61\\_73%20%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf).
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (ed. 2). Lusociência.
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Sampaio, F., Sequeira, C., (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (ed. 1). Lidel.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto Editora.
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stresse na vida de todos os dias*. Adriano Vaz Serra.

## **APÊNDICE II**

Intervenção Psicoterapêutica  
Técnica de Reestruturação Cognitiva

## Apêndice II - Intervenção Psicoterapêutica Técnica Reestruturação Cognitiva



### Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

#### Técnica Reestruturação Cognitiva

##### **Problemática**

Pessoa assistida internada a 27/06/2022 com diagnóstico clínico de Depressão.

Durante a realização do exame do estado mental (04/06/2022) bem como das duas entrevistas prévias, verificou-se humor deprimido, labilidade emocional e apresenta pensamentos automáticos negativos (Exemplo – “(..) *eu não sirvo para nada(..) sou sempre a culpada de tudo (..)*”).

Foi aplicada no dia EADS-21, no mesmo dia. Na subescala depressão – pontuação de 12 (depressão leve).

Diagnóstico CIPE – Humor deprimido

##### **Fundamentação Teórica**

A depressão é um transtorno de humor e por norma um estado intenso e perversivo de sofrimento, tendendo a ser recorrente e frequentemente crónico, e os seus sintomas afetam por norma o rendimento laboral e a vida social havendo diversas formas e graus de gravidade da depressão. Em alguns casos os sintomas podem surgir sem relação aparente com acontecimentos traumáticos da vida, repetindo-se ao longo da vida. Noutras situações os sintomas são menores e as pessoas mantêm algum rendimento laboral, permanecendo a fadiga, tristeza, desinteresse e tensão, (Carvalho, Jara & Cunha, 2017).

A Depressão segundo o DSM 5 (2014) designa-se como uma alteração do humor com prevalência de pelo menos duas semanas nas quais as necessidades de vida diária são afetadas, e manifesta-se através de sintomas, no mínimo cinco, de entre os quais o humor

depressivo ou irritável e a perda de prazer ou de interesse assumem-se como sintomas principais, podendo estes ser acompanhados por outros, como alterações significativas do peso, do apetite, do sono; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da concentração ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca da morte, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio (Americana Psychiatric Association, 2013).

São reconhecidos como fatores de vulnerabilidade para a depressão: a natureza genética; doenças da mãe na gravidez; complicações perinatais; transtornos metabólicos; acontecimentos traumáticos na infância e adolescência; sensibilização psicológica a determinado tipo de circunstância; falta de apoio social em situações de stress; meio ambiente com condições adversas (Dohrenwend et al. 1998 citado por Vaz Serra, 2002).

Eventos traumáticos são na sua maioria também associados a sintomas depressivos, devido à sua imprevisibilidade e à sua indesejabilidade, pois exigem um grande esforço de adaptação e, normalmente, têm consequências negativas. Quando a pessoa não consegue adaptar-se à nova situação pode surgir a depressão (Afonso, 2015).

De acordo com Bastos, Ferreira e Guerra (2017) o diagnóstico da gravidade da depressão está associado à análise de sinais e sintomas, da forma como estes evoluem no tempo e do impacto na funcionalidade.

Beck descreveu uma teoria sobre a depressão que assenta sobretudo em aspetos cognitivos, e na qual os sintomas se encontram sobretudo relacionados com um perfil negativo de pensamento associado a três diferentes domínios, o si mesmo, o mundo e o futuro, a chamada tríade cognitiva de Beck (Sampaio & Sequeira, 2020). Ou seja, a forma como a pessoa se vê a si mesmo, os que consigo interagem, direta ou indiretamente e a sua expectativa face ao futuro.

O principal pressuposto da teoria de Beck é o de que o pensamento precede a ação, logo o modo como a pessoa pensa assume um papel fundamental na forma como esta se comporta.

O processamento cognitivo negativo não só dos pensamentos, mas também dos sonhos foi identificado por Beck como um ponto comum, em pessoas em modo depressivo (Beck & Weishaar, 2005 citados por Townsend, 2009). Segundo Beck e Haigh (2014) citados por Donandon (2016) no modo depressivo, a negatividade assume papel crucial, explicando a depressão. Isso significa que indivíduos deprimidos, seletivamente, têm em mais em conta informações negativas, ignorando, muitas vezes, as informações positivas, tornando-se mais sensíveis a memórias e *feedbacks* negativos, o que contribui, por sua vez, para



moldar a percepção negativa de si mesmo, do mundo que os rodeia e do futuro, a tríade cognitiva de Beck, onde a etiologia das perturbações psicológicas resulta da forma como se conceptualiza a realidade, sendo as desordens emocionais consequência de pensamentos desadaptados (Beck, 1997 citado por Sampaio & Sequeira, 2020).

A intervenção psicoterapêutica de terapia cognitivo-comportamental (TCC) consiste na junção de duas terapias, a terapia cognitiva e a terapia comportamental, sendo que terapia cognitiva é baseada no conceito de processamento mental patológico e tem como objetivo a modificação de crenças distorcidas sobre uma situação bem como de comportamentos mal adaptativos (Townsend, 2009). Já a terapia comportamental tem como principal objetivo a alteração dos comportamentos relacionados com o medo, a evitação ou a fuga, e a diminuição da ativação fisiológica (Batista, 2005). O facto de o comportamento da pessoa estar sempre interligado com as suas crenças faz com que todo o processo terapêutico seja dirigido para a transmissão de estratégias comportamentais que permitam a esta adaptar-se às situações precipitantes de sintomatologia depressiva.

A reestruturação cognitiva é uma das principais técnicas TCC e visa sobretudo identificar essas interpretações negativas e irrealistas de um ou vários eventos e substituí-las por interpretações mais realistas, sendo assim aplicada em pensamentos negativos irrealistas, pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças (Nowland et al. citado por Sampaio & Sequeira, 2020).

A técnica de reestruturação cognitiva (RC), senta em modelos cognitivistas das teorias do comportamento humano, que defendem que todo o comportamento é resultado de um processamento racional que tem por base as crenças. A RC é aplicada a pensamentos negativos irrealistas (pensamentos disfuncionais, pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos e algumas crenças) tendo como objetivo levar a pessoa a considerar relativamente ao modo como a sua realidade foi sendo construída, permitindo assim desafiar crenças antigas distorcidas e desenvolver novas crenças, mais saudáveis e racionais (Sequeira 2006 citado por Sampaio & Sequeira, 2020).

O recurso a intervenção psicoterapêutica permite ao enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica facilitar o processo de modificação de comportamentos, crenças, emoções e/ou outras características pessoais da pessoa, pois o objetivo central do enfermeiro ao utilizar esta intervenção não será resolver os problemas da pessoa, mas, sim, ajudá-la a escolher as melhores opções no sentido de os resolver, o que se traduzirá na evolução e/ou resolução dos diagnósticos de enfermagem (Sampaio et al., 2016).

O EESMP assiste a pessoa na identificação de situações problema, ajudando-o no autoconhecimento, no estabelecimento de prioridades e na aquisição e implementação de

estratégias individuais de melhoria, no entanto, a terapia cognitivo-comportamental é bastante desafiadora para o EESMP, pois não só requer o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa de forma a motivá-la para a intervenção, como também a construção de uma relação terapêutica com o profissional (Sampaio, 2014).

### **Objetivos centrais do plano de intervenção**

- Clarificação dos pensamentos automáticos negativos.
- Desconstrução dos pensamentos automáticos negativos e de crenças irrealistas.
- Reestruturação dos pensamentos.
- Promoção e Reforço funcionamento cognitivo desejável ou alterar o funcionamento cognitivo indesejável.
- Alteração de padrões de pensamento distorcido e a olhar-se a si mesma e ao mundo de uma forma mais realista.

### **Sessões** (total sessão 0 + 5 sessões)

Sessão 0 – Apresentação do Plano

Sessão 1 – Iniciação

Sessão 2 - Exploração

Sessão 3 – Compreensão

Sessão 4 – Instrução e treino

Sessão 5 – Conclusão

### **Aplicação da Escala EADS- 21**

Lovibond e Lovibond em 1995 foram os autores que desenvolveram a escala da EADS, inicialmente com 42 itens, cuja proposta seria abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecesse uma discriminação máxima entre os dois constructos, no entanto o estudo fatorial desta escala apresentou um novo fator que incluía os itens menos discriminativos destas duas dimensões. Estes itens referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação, tendo assim os autores denominado uma nova dimensão, o stress (Pais-Ribeiro, 2004).

Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004, traduziram e validaram para Portugal esta escala a versão de 21 itens, o que segundo os autores, no contexto de aplicação destas escalas à população é benéfico e menos passível de respostas envidadas (Pais-Ribeiro, 2004).

Segundo Pais-Ribeiro (2004) As escalas de ansiedade, stress e depressão são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens, sendo que cada item consiste numa frase que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. Correspondendo as notas mais elevadas a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, 2004).

### **Avaliação**

A avaliação deste plano de intervenção foi qualitativa, tendo em conta os conhecimentos demonstrados pré e pós intervenção, assim como a evolução da pessoa assistida com o decorrer destas sessões.

Foi aplicado um questionário de avaliação diagnóstica e questionário de avaliação na sessão final visando essencialmente aferir o conhecimento adquirido.

Pré-intervenção - Questionário de avaliação inicial: Como considera a sua situação atual? Como gere as suas emoções? Como exprime as suas emoções? Quais são atualmente os seus maiores problemas? Estes problemas são semelhantes aos do passado? O que espera destas sessões?

Pós-Intervenção - Questionário final de avaliação: Como considera a sua situação atual? Como gere atualmente as suas emoções? Como exprime atualmente as suas emoções? Quais são atualmente os seus maiores problemas? Estes problemas são semelhantes aos do passado? Sente que estas sessões foram uteis para a melhoria do seu estado de saúde?

E aplicação de escala de Ansiedade, Stresse e Depressão (EASD-21) traduzida para Portugal por Pais-Ribeiro (2004) para assim comparar com os resultados de 04/06/2022.

No fim das sessões (1,2,3,4) foi solicitada a identificação por parte da pessoa assistida dos seus ganhos durante a sessão.

### **Resultados**

**Sessão 0 –Apresentação do Plano de intervenção** (07/06/2022)

Após apresentação do plano intervenção de reestruturação cognitiva a pessoa assistida verbalizou motivação e concordância com a participação nas cinco sessões propostas no mesmo, bem como na realização do questionário de avaliação pré-intervenção.

A 04/06/2022 na aplicação de escala de Ansiedade, Stresse e Depressão (EASD-21) traduzida para Portugal por Pais-Ribeiro 2004, o resultado total obtido por C. foi de 21 pontos, sendo a sub-escala de depressão 12 pontos a que correspondia a depressão leve, stress 6 pontos e ansiedade 5 pontos, correspondiam ambos a pontuações normais.

#### Questionário de avaliação pré-intervenção:

Como considera a sua situação atual?

Resposta: *“Considero que houve uma melhoria a nível da ansiedade e da depressão”*

Quais são atualmente os seus maiores problemas?

Resposta: *“Falta de memória e ainda um pouco de ansiedade no diz ao resultado final”*

Que sentimentos/emoções considera associados e esses problemas?

Resposta: *“O facto de ter posto grande expectativa neste programa”*

Sabe o que são pensamentos automáticos?

Resposta: *“São os que sem queremos nos fazem pensar neles e muitas vezes te ruminantes”*

O que espera destas sessões?

Resposta: *“Alterar a minha auto-estima e a minha forma negativa de pensar”.*

Foi ainda pedido à pessoa assistida que de uma forma informal refletisse sobre a sessão zero, bem como sobre os principais sintomas da sua condição de saúde atual, assim como comportamentos, emoções e pensamentos associados ao mesmo, pois seria algo a trabalhar na sessão seguinte. Um caderno e uma caneta foram-lhe também facultados, de forma a que pudesse documentar as atividades futuras que viriam a ser desenvolvidas.

#### **Sessão 1 – Iniciação (08/06/2022)**

Nesta sessão a pessoa assistida demonstrou ter refletido sobre os seus principais sintomas, emoções, comportamentos, e pensamentos associados, trazendo-os até escritos no seu caderno. Durante a sessão foi capaz de identificar em si pensamentos estereotipados, erros de pensamento e distorções cognitivas que já tinha vivenciado. Exemplos - rotulação - *“sou sempre a culpada de tudo”*, conclusões precipitadas – *“(..) não viver é muito melhor que viver (..)”*, catastrofização – *“(..) estou num túnel preto sem ninguém à minha volta (..)”*.

Nesta sessão foi solicitado à pessoa assistida que refletisse sobre os fatores precipitantes da sua condição de saúde atual, comportamentos, emoções e pensamentos associados como atividade TPC (trabalho para casa).

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – *“sinto-me mais leve (..) sinto que pode haver luz”.*

### **Sessão 2 – Exploração (09/06/2022)**

A pessoa assistida realizou a atividade solicitada em TPC.

Existiu uma identificação e verbalização dos eventos precipitantes do diagnóstico de humor deprimido, bem como uma reflexão sobre os seus comportamentos, emoções e pensamento face a esses fatores precipitantes.

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – *“penso numa coisa má, penso em três coisas boas e de uma forma consciente para interiorizar”.*

### **Sessão 3 – Compreensão (11/06/2022)**

C. foi capaz de identificar o significado de esquemas cognitivos e de pensamentos automáticos, e de compreender estratégias cognitivas de reestruturação de pensamento (reformular, reinterpretar, resinificar). Foi-lhe ainda pedido a adoção de novas estratégias comportamentais que colocassem em prática os conhecimentos adquiridos.

Nesta sessão foi ainda solicitado à pessoa que voltasse a rever os TPC anterior, atribuindo agora novos significados aos fatores precipitantes, aos pensamentos, emoções e comportamentos face aos conhecimentos adquiridos até a esta fase da intervenção.

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – *“estou alegre, estou feliz com esta sessão, estou mais relaxada, mais calma”.*

### **Sessão 4 – Instrução e treino (14/06/2022)**

C. demonstrou uma análise crítica bastante ponderada e assertiva da tarefa solicitada em TPC, bem como dos seus pensamentos negativos e disfuncionais, demonstrando também compreensão e aplicação prática em situações do seu quotidiano vivenciadas durante o internamento.

À pessoa assistida foram facultadas algumas técnicas para poder treinar a substituição e a modificação de pensamentos negativos/disfuncionais, erros cognitivos e crenças, por padrões de pensamento mais adequados (exemplo – lista de méritos, cartões lembrete, descatastrofização).

Foi ainda solicitado a C. que refletisse sobre atividades prazerosas para si a realizar no internamento ou no pós-alta que lhe gerassem sentimentos e emoções positivas.

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – *“Esta sessão ajudou-me a relativizar os pensamentos negativos e a arranjar ferramentas para ter pensamentos positivos, pensar*

*em mim, prevenir-me em relação à minha mãe e apesar de não ser simples, ser feito todos os dias. E, depois a parte positiva de tudo. Atividades, pensamentos. Ir à praia todos os dias.”*

### **Sessão 5 - Conclusão (16/06/2022)**

Nesta sessão foi solicitado à [REDACTED] que revisse tudo o que foi abordado em sessões anteriores e C. foi capaz de relatar os conteúdos abordados durante as sessões.

Foi-lhe evidenciada a necessidade de dar continuidade ao trabalho por si realizado durante estas sessões, sendo encorajada à auto monitorização, identificação e correção de pensamentos negativos assim como aplicação de estratégias treinadas.

A pessoa assistida realizou a atividade solicitada em TPC, sendo assim possível identificar uma lista de atividades que poderá colocar em prática no pós-alta.

#### Questionário avaliação pós-intervenção:

Como considera a sua situação atual?

Resposta: *“Muito mais calma e harmoniosa e com vontade de viver”*

Como gere atualmente as suas emoções?

Resposta: *“Transformar as negativas em positivas”*

Como exprime atualmente as suas emoções?

Resposta: *“Sinto, acalmo e exprimo sentimentos positivos”*

Quais são atualmente os seus maiores problemas?

Resposta: *“O impacto com o mundo exterior e como vou reagir”*

Estes problemas são semelhantes aos do passado?

Resposta: *“Não”*

Sente que estas sessões foram úteis para a melhoria do seu estado de saúde?

Resposta: *“Todos os dias”*

Na aplicação de escala de Ansiedade, Stresse e Depressão (EASD-21) traduzida para Portugal por Pais-Ribeiro (2004) C. apresentou uma pontuação total de 6 pontos, o que não representa valores significativos para ansiedade, stress ou depressão e demonstra uma diferença significativa face aos 21 pontos a 04/07/2021.

### **Discussão de resultados**

As intervenções de enfermagem baseadas numa abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental apresentam diversos benefícios. De acordo com Payne (2003) a intervenção cognitivo-comportamental tem como objetivo fornecer à pessoa ferramentas que lhe permitam uma maior sensação de controlo sobre a sua vida, bem como uma maior

proteção face a fatores precipitantes stress desnecessário, baseando-se na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e, na aquisição de comportamentos adaptativos e eliminação de comportamentos de desadaptação (Harrison, Geddes & Sharpe, 2002).

Ao longo do desenvolvimento desta intervenção foi possível verificar que a pessoa assistida teve um crescendo, que associa à consolidação da relação terapêutica assim como à gradual apreensão e colocação em prática dos conhecimentos adquiridos durante este plano de intervenção, bem como a constatação de que estes conhecimentos que ia implementando no seu dia-a-dia eram benéficos para a melhoria do seu estado de saúde, tendo em conta que de acordo com Sequeira (2006) os objetivos da reestruturação cognitiva passam por levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo, como construiu a sua realidade, C. passou não só a considerar hipóteses, mas também a pôr em prática sobretudo técnicas de reformulação, resinificação, reinterpretção sobretudo no que respeita ao término da sua relação com F. e da relação algo conflituosa que tem com a sua mãe.

Os resultados aferidos pela aplicação da EADS-21 demonstram uma diferença considerável na pessoa assistida, importa, no entanto, refletir que em relação aos resultados obtidos com EADS-21, esta escala remete para fenómenos da última semana, e aquando do preenchimento pela segunda vez (16/06/2022), C. encontrava-se há 24 dias em internamento, em ambiente controlado, mas segundo esta avaliação a pessoa assistida melhorou significativamente em todas as subescalas. O que foi também evidente no seu comportamento, demonstrando humor melhorado, interagindo com as outras pessoas assistidas, oferecendo ajuda às pessoas assistidas menos autónomas, tendo iniciativa para participar nas atividades de ocupação terapêutica, voluntariando-se para ser responsável pela tarefa de colocação das mesas para as refeições, participação no atelier de pintura e na hidroginástica.

## **Conclusão**

A [REDACTED] deixou de verbalizar pensamentos negativos, e ao chegar a uma das sessões finais, confidenciou mesmo ter sentido felicidade naquela manhã por ter sentido o cheiro da chuva na terra molhada, algo que segundo ela há muito não acontecia, sendo visível a melhoria do estado de saúde de C..

Concluo que estas cinco sessões de Reestruturação Cognitiva foram de uma forma geral muito benéficas para a pessoa assistida e estou certa que preponderantes para alterar o diagnóstico humor para melhorado.

## Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style. (Ed.7), APA.
- Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece*. Principia.
- Bastos, L., Ferreira, D., Guerra, A. (2017). Perturbação Depressiva *In Figueira, M. Carvalho, S., Jara, J., Cunha, I.* (2017). A Depressão é uma doença que se trata. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/a-depressao-e-uma-doenca-que-setrata.pdf>.
- DSM 5. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. (ed.5). Climepsi Editores.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. <https://www.esenfc.pt/pt/download/1186/Vy3r1dxueQvv5bKlefBN>.
- Figueiredo, M., Amendoeira, J. (2018). Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém. *Revista da UIIPS*. (VI). (2). <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.
- Harrison, Geddes & Sharpe, (2002). *Introdução à psiquiatria*. Climepsi Editores
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5. (1). [http://ps-ps.pt/downloads/download\\_jornal/76](http://ps-ps.pt/downloads/download_jornal/76).
- Knapp P. et al (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Artmed.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados*. (ed.3). Guanabara.
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Sampaio, D. & Pio Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (ed.5). Fundação Calouste Gulbenkian:
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. (ed. esp. 1). [https://www.researchgate.net/publication/263473711\\_A\\_intervencao\\_psicoterapeutica\\_em\\_enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_Conceitos\\_e\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/263473711_A_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_de_saude_mental_Conceitos_e_desafios).
- Sampaio, F., Sequeira, C., (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (ed. 1). Lidel.



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

Vaz Serra, A. (2002). *O Stresse na vida de todos os dias*. Adriano Vaz Serra.

Veiga, F. & Andrade, J. (2014). Epidemiologia e Fatores de Risco. In Saraiva, C. (2014). *Depressão e Suicídio- Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lidel

.



## **APÊNDICE III**

Intervenção Psicoeducativa - Autocontrolo da Ansiedade



## APENDICE III – INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA AUTO CONTROLO DE ANSIEDADE



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica**  
**Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

### INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA AUTO CONTROLO DE ANSIEDADE

**Diagnóstico CIPE** Auto-controlo da ansiedade comprometido

#### **Problemática**

Pessoa assistida reconhece a sua ansiedade e refere dificuldade latentes no autocontrolo da mesma, referindo ainda ansiedade principalmente face ao pós-alta.

EADS-21 – Subescala Ansiedade (score 6) que corresponde a um status normal, pelo que se opta pela implementação de uma intervenção que permita à pessoa assistida obter estratégias de autocontrolo de ansiedade.

#### **Enquadramento teórico**

A ansiedade é uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida, representa-se como um conjunto de sentimentos que são desencadeados por uma preocupação ou medo e ajuda o individuo a responder de forma adequada a estímulos uma vez que acelera os reflexos e aumenta os níveis de concentração na situação problema, sendo a resposta emocional subjetiva face ao stressor (Shahrokl e Hales, 2003 citado por Townsend, 2009).

Não podemos considerar a ansiedade como um sentimento simples uma vez que a mesma é caracterizada como um misto de emoções onde o medo se demonstra como a emoção principal. Na maioria das vezes, o medo e a ansiedade encontram-se associados, sendo o medo uma resposta emocional associada a uma ameaça eminente e real e a ansiedade a antecipação de uma ameaça futura (APA, 2014).

A ansiedade está por norma relacionada com a expectativa de que algo de mal possa acontecer, podendo essa ser ameaça real ou imaginária, sendo esta uma reação

psicobiológica básica que tem como principal função desencadear um conjunto de comportamentos no sentido de superar determinada situação Afonso (2015). Pio Abreu (2008) considera que a ansiedade constitui uma emoção pouco diferenciada que é normalmente entendida como patológica, relacionada com o medo, mas diferindo deste por não existir um objeto ameaçador.

A ansiedade pode ser classificada em 3 graus: ligeira, moderada e grave. A ligeira raramente é problemática e está associada à tensão do dia-a-dia preparando para a ação sendo que neste nível de ansiedade são utilizados os mecanismos de coping tais como dormir, chorar, exercício físico, tiques (balançar o pé, andar de um lado para o outro, bater com os dedos, roer as unhas), falar com alguém de confiança (Townsend, 2009). Podendo esta manifestar-se quer ao nível somático, cognitivo, emocional ou comportamental.

Ao nível somático, podem manifestar-se alterações gastrointestinais (xerostomia, indigestão, diarreia, flatulência, cólicas, náuseas e perda de apetite); alter cardiovasculares (palpitações, sensação de aperto na garganta/asfixia, lipotimia, mal e dor pré-cordial); alterações respiratórias (dispneia, hiperventilação e suspiros frequentes) e outros (polaquiúria, sudorese, vertigens, cefaleia, tensão/dor muscular, visão turva e mialgias).

Ao nível cognitivo, pode surgir dificuldade de concentração, diminuição na capacidade de pensar, raciocinar e aprender, bloqueio de pensamento e diminuição na capacidade de resolução de problemas.

Ao nível emocional e comportamental pode-se manifestar cansaço, sensação de perigo constante, pânico, infelicidade constante, falta de confiança, nervosismo, preocupação excessiva, irritabilidade, frustração, isolamento social e choro compulsivo (Rebelo e Carvalho, 2014).

Intervenções de enfermagem no Autocontrolo da Ansiedade tem importância preponderante sobretudo em pessoas que tem consciência da sua ansiedade, demonstram intenção em controla-la, ao mesmo tempo verbalizam incapacidade para o fazer (Sampaio & Sequeira, 2020), e verifica-se imprescindível para que esta não atinja níveis moderados a graves. A utilização de intervenção psicoeducativa que não integra exclusivamente uma abordagem educativa, tem como objetivo que a pessoa consiga desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a sua condição mental bem como os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento, mas é projetada para ser parte de um plano global de tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O modelo de intervenção psicoeducativa em enfermagem deve ter por princípio a abrangência, tornando assim possível a sua replicação em diferentes contextos, ir ao

encontro de modelos já existentes, dar resposta a diferentes diagnósticos de enfermagem, utilizar a relação de ajuda profissional enquanto meio conducente ao seu desenvolvimento, alicerçando-se na mesma (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2014).

O EESMP desempenha um papel crucial na intervenção psicoeducativa podendo definir um plano de intervenção individualizado, flexível e passível de alterações consoante a evolução da pessoa assistida, que vise ensinar, instruir e treinar intervenções que permitam à pessoa ter controlo da sua ansiedade, através da compreensão e resinificação de fatores precipitantes, da clarificação de estratégias de resolução de problemas precipitantes de ansiedade, do ensino e treino de técnicas de autocontrolo de ansiedade, e de auto relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

### **Sessões (sessão 0 + 3)**

Sessão 0 - Apresentação do plano e avaliação diagnóstica.

Sessão 1 – Ensinar/Explorar

Sessão 2 – Compreender/Treinar

Sessão 3 - Conclusão

### **Objetivos Gerais do Plano**

Promover o Autocontrolo da Ansiedade.

Clarificar técnicas de resolução de problemas precipitantes de ansiedade.

Ensinar/treinar técnicas de auto-controlo da ansiedade.

Ensinar/treinar técnicas da auto-relaxamento.

### **Avaliação**

A avaliação deste plano de intervenção foi qualitativa, tendo em conta os conhecimentos demonstrados sobre o autocontrolo de ansiedade pré e pós intervenção, no que respeita à identificação de fatores precipitantes de ansiedade, assim como de estratégias de autocontrolo, estratégias de resolução de problemas e demonstração de conhecimento sobre técnicas de auto relaxamento. As seguintes perguntas do questionário pré e pós intervenção visavam essencialmente aferir o conhecimento adquirido.

Questionário de avaliação inicial diagnóstica sobre conhecimentos gerais sobre autocontrolo de ansiedade: É capaz de reconhecer os fatores precipitantes de ansiedade?; conhece técnicas de autocontrolo? Se sim, enumere duas; conhece técnicas de resolução de problemas? Se sim, enumere duas; conhece técnicas de relaxamento? O que espera das sessões de Autocontrolo de Ansiedade?

### Questionário final de avaliação de conhecimento pós intervenção:

É capaz de reconhecer os fatores precipitantes da sua ansiedade?; conhece técnicas de autocontrolo de ansiedade? Se sim, enumere duas; conhece técnicas de resolução de problemas? Se sim, enumere duas; conhece técnicas de auto relaxamento?; acha que estas sessões foram benéficas para o autocontrolo da sua ansiedade?

No final de cada sessão era ainda pedido à pessoa assistida que resumisse de uma forma sucinta numa frase o que depreendeu da respetiva sessão.

### **Resultados**

**Sessão 0 – Apresentação do plano e avaliação pré-intervenção (16/06/2022)** – Após apresentação do plano intervenção de Autocontrolo de ansiedade a [REDACTED] verbalizou motivação e concordância com a participação nas três sessões propostas no mesmo.

#### Aplicação de questionário de avaliação Inicial:

É capaz de reconhecer os fatores precipitantes de ansiedade?

Resposta: “*Medo*”

Conhece técnicas de autocontrolo? Se sim, enumere duas;

Resposta: “*Não*”

Conhece técnicas de resolução de problemas? Se sim, enumere duas;

Resposta: “*Não*”

Conhece técnicas de relaxamento?

Resposta: “*Não*”

O que espera das sessões de Autocontrolo de Ansiedade?

Resposta: “*Aprender o autocontrolo*”

**Sessão 1 - Ensinar/Explorar (19/06/2022)** – Pessoa assistida identificou 4 fatores precipitantes de ansiedade; relação com a mãe; o facto de outras pessoas lhe imputarem responsabilidades de problemas pelos quais não é responsável; as suas expectativas perante si própria quando se propõem realizar alguma coisa e não a consegue realizar da forma como inicialmente a idealizou; a possibilidade chegar atrasada a transportes públicos. Identificou ainda os principais sintomas.

Foi realizada em conjunto com a pessoa assistida uma reflexão e clarificação destes fatores precipitantes e da respetiva sintomatologia associada.

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – “*(..) Levo um sentimento de poder dominar os meus sentimentos e tomar autocontrolo da minha ansiedade, tomando por base*



*que so fazendo bem e preocupando-me comigo e tentar resolver os problemas, não tudo de uma vez, mas faseado com controlo. E aquilo que não se controla, relativiza-se, aquilo que poderia ser uma catástrofe(..)”*

**Sessão 2 - Compreender/Treinar (21/06/2022)** – Verificou-se que entre a sessão 1 e a sessão 2 a pessoa assistida refletiu sobre os fatores precipitantes de ansiedade e as possíveis estratégias a utilizar para o autocontrolo da mesma. Ensinadas técnicas de autocontrolo de ansiedade. Exemplo - Técnica de auto-observação, autoavaliação e autoatribuição das consequências e a técnica de PROARR (parar, relaxar, observar, analisar, refletir, responder). Técnica de resolução de problemas. Técnicas de autorelaxamento (relaxamento muscular progressivo e a técnica de respiração abdominal)

**Resumo da sessão por parte da [REDACTED]** – *“(..) sinto que tenho mais ferramentas para lidar com a minha ansiedade e com os problemas que a provocam (..) a importância das técnicas de relaxamento(..)”*.

**Sessão 3 Conclusão (23/06/2022)** – Verificou-se que treinou entre a sessão 2 e a sessão 3 técnicas de auto relaxamento, manifestando sentir-se muito mais calma e menos ansiosa no dia da sessão. No dia da sessão, à minha chegada à hora marcada, C. já tinha organizado o espaço onde iria acontecer a sessão, tendo também colocado no seu telefone música de relaxamento, semelhante às que tinha utilizado nas sessões de auto relaxam (respiração abdominal) que realizou entre a sessão 2 e a sessão 3.

#### Aplicação de questionário de avaliação final

É capaz de reconhecer os fatores precipitantes da sua ansiedade?

Resposta: “*Sim*”

Conhece técnicas de autocontrolo de ansiedade? Se sim, enumere duas;

Resposta: “*Sim. Reconhecer avaliar e pensar na melhor forma de resolver o problema*”

Conhece técnicas de resolução de problemas? Se sim, enumere duas;

Resposta: “*Sim. Dividi-los em partes e ir resolvendo parte a parte. Ver qual o problema, a solução, dividi-lo e tomar a atitude que será da minha responsabilidade*”

Conhece técnicas de auto relaxamento?

Resposta: “*Sim*”

acha que estas sessões foram benéficas para o autocontrolo da sua ansiedade?

Resposta: “*Foram muito benéficas*”

#### **Discussão de resultados**

As intervenções não-farmacológicas na área de Enfermagem de Saúde Mental fundamentam-se em grande escala nas teorias psicoterapêuticas que apresentam como funções comuns o fortalecimento da relação terapêutica; a manutenção da esperança de ajuda; oportunidade de aprendizagem cognitiva e experiencial à pessoa; a ativação emocional; o aumento da confiança da pessoa em si mesma e o encorajamento em aplicar o que adquiriu no quotidiano (Bloch, 1999). C. conseguiu transpor os conhecimentos sobre auto relaxamento para o seu dia-a-dia de uma forma eficaz. A capacidade de C. em conseguir de forma autónoma relaxar teve também impacto no autocontrolo de ansiedade e na resolução de problemas, uma vez que segundo a própria, começou a analisar as situações passíveis do seu controlo de uma forma mais calma e assertiva e deixou de “*comer a sopa crua*” sic.

### **Conclusão**

Ao longo das três sessões foi visível que a [REDACTED] colocou em prática os conhecimentos adquiridos, tanto nas suas atividades do quotidiano como nas visitas que recebia da sua família.

### **Referências Bibliográficas**

- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style. (Ed.7), APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. (Ed. 5). Climepsi Editores.
- Afonso, P. (2015). Quando a Mente Adoece. Príncipia.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Climepsi Editores.
- Conceição, J., Bueno, G. (2020). 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental. e-book. Editora UNC. <https://unicontestadosite.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/101%20T%C3%A9cnicas%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental.pdf>.
- Pio Abreu, J. (2008). Introdução à Psicopatologia Compreensiva. (ed.5). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa.
- Rebelo, S., Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental*. (ed. 20). [https://www.researchgate.net/profile/JoseCarlosCarvalho2/publication/283853274\\_Ansi](https://www.researchgate.net/profile/JoseCarlosCarvalho2/publication/283853274_Ansi)

idade\_Intervencoes\_de\_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/Ansiedade-Intervencoesdeenfermagem.pdf.

Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. (ed. esp. 1).  
[https://www.researchgate.net/publication/263473711\\_A\\_intervencao\\_psicoterapeutica\\_em\\_enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_Conceitos\\_e\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/263473711_A_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_de_saude_mental_Conceitos_e_desafios).

Sampaio, F., Sequeira, C., (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (ed. 1). Lidel.



**APÊNDICE IV**  
**AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CELEBRAR  
O DIA MUNDIAL DA SAUDE MENTAL



## APÊNDICE IV - AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CELEBRAR O DIA MUNDIAL DA SAUDE MENTAL



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Estágio

████████████████████  
Autoras: Filipa Isabel Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: 10 de Outubro de 2022

### AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CELEBRAR O DIA MUNDIAL DA SAUDE MENTAL

**Introdução:** No âmbito do dia Mundial da Saúde Mental que se comemora a dia 10 de Outubro, pensámos ser bastante importante sensibilizar a população que se desloque ao centro de saúde para a importância da saúde mental para o nosso bem-estar e funcionalidade.

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está presente desde logo na definição de saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2006).

Segunda a Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde:

“é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

A promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental são dois conceitos intimamente ligados uma vez que a promoção da saúde mental por si só é a estratégia mais

eficaz para a prevenção da doença mental. Deste modo podemos dizer que a maioria das ações preventivas têm o potencial de gerar mais saúde mental e que a promoção de saúde mental também pode prevenir doenças.

A Direção Geral de Saúde (2016) considera fatores tais como a capacidade de lidar com o stress /tensão emocional, capacidade de enfrentar a adversidade, autonomia, estimulação cognitiva processe, a prática de exercício físico, literacia, autoestima, comportamentos pró-sociais, competências sociais e de gestão de conflitos, apoio social da família e amigos como algumas das circunstâncias que podem minorar a probabilidade de ocorrência de doença mental. Importa referir outro elemento importante no suporte da saúde mental é o lazer. As experiências positivas, a recreação e o relaxamento, devem ser trabalhados e alcançados através de hábitos de lazer adequados, nomeadamente na prática de estilos de vida saudáveis como a realização de exercício físico aumentando a sua aptidão e resistência física e promovendo em concomitância um aumento do bem-estar psicológico (Sequeira e Sampaio, 2020).

Título: Identificação de Fatores Protetores de Saúde Mental – O Quiz

**Contexto** [REDACTED]

**Finalidade:** Sensibilizar utentes e familiares para a importância da saúde mental no seu dia a dia.

**Critérios de inclusão:** Uteses e familiares presentes no átrio do Centro de Saúde [REDACTED] que através de consentimento informado de forma verbal aceitem participar na ação de sensibilização, utentes e familiares com capacidade cognitiva.

**Critérios de exclusão:** Uteses e familiares que não aceitem participar na ação de sensibilização.

**Objetivos:**

- Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental;
- Sensibilização do público alvo para a importância da identificação de fatores protetores de saúde mental;
- Esclarecimento de dúvidas

**Programa:**



Realização do Quiz sobre os fatores protetores da saúde mental, junto dos utentes que acedam ao Centro de Saúde, no dia referido. A abordagem individual passa por avaliar o nível de conhecimento dos utentes e após o mesmo realizar ensinamentos sobre a temática ajustado ao nível de conhecimento e interesse demonstrado por cada indivíduo, fomentando assim a sensibilização sobre a temática.

**Duração:** Dia 10 de Outubro, das 9h às 13h

**Recursos:** Quiz, folhas de papel, canetas, marcador de livros (informação sobre a temática)

**Dinamizador:** Estudantes de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica. Parcerias: Enfermeiros da [REDACTED], Centro de Saúde [REDACTED].

**Avaliação de resultados:** Avaliação das respostas “Sabe o que são fatores protetores de saúde mental?”; “Identifique 3 fatores protetores da sua saúde mental”

### **Resultados:**

A ação de sensibilização decorreu no dia 10 de outubro de 2022, na área de recobro da vacinação, do Centro de Saúde [REDACTED] entre as 9h e as 13h.

Neste período de tempo, foi possível chegar à fala com 30 utentes e familiares. Importando ainda salientar que nenhuma das pessoas interpeladas recusou fazer parte desta ação de sensibilização.

Dos 30 participantes, somente 6 sabiam responder à pergunta 1 do Quiz, sabendo o significado de fatores protetores de saúde mental, sendo que posteriormente foram capazes de enumerar fatores que seriam benefícios para a sua saúde mental. Os restantes 24 participantes não souberam responder à pergunta 1 do Quiz, no entanto após uma breve sensibilização, 22 participantes foram capazes de identificar pelo menos 3 fatores protetores da sua saúde mental.

Após explicação, um dos participantes reiterou não ter qualquer fator protetor de saúde mental, e outro participante entendeu saúde mental como se tratando de uma sensibilização sobre patologia neuro vascular pelo que as suas respostas não foram ao encontro da temática abordada.

Importa ainda salientar que a maioria das pessoas sentiu necessidade de evidenciar as suas maiores preocupações atuais, existindo mesmo momento de ventilação de emoções por parte de participantes e de aconselhamento por parte das mestrandas para que estes procurem apoio diferenciado junto da unidade de saúde.

De uma forma geral podemos concluir que esta ação de sensibilização teve um impacto positivo, não só pela dinamização do dia mundial da saúde mental, mas também por termos

proporcionado aos intervenientes um momento de reflexão sobre a importância da sua saúde mental bem como a partilharam de algumas das suas inquietudes e anseios, podendo assim sentir-se ouvidos e valorizados.

### **Bibliografia:**

- Direção Geral de Saúde. CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-deotawapdf1.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde Mental – O realizado e o perspectivado a desenvolver. Cascais: Que cuidados em Saúde Mental. [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pnsm\\_](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pnsm_)
- -Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf\\_o\\_realizado\\_e\\_o\\_perspetivado\\_desenvolver\\_-\\_alvaro\\_de\\_carvalho.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf_o_realizado_e_o_perspetivado_desenvolver_-_alvaro_de_carvalho.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). “Constitution of the World Health Organization”. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- Sequeira, C., & Sampaio, F., (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel.

**APÊNDICE V**  
**AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**

MAIS SABER PARA MELHOR VIVER



## APÊNDICE V DINAMIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE SENSIBILIZAÇÃO



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Autoras: Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: 29 de Outubro de 2022

### DINAMIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE SENSIBILIZAÇÃO NA

**Introdução:** No âmbito da participação da UCC [REDACTED] que se realiza no dia 29 de Outubro de 2022 no Mercado Municipal, pensámos ser bastante importante dinamizar uma sessão cujo tema abordasse as questões da ansiedade direcionado para a prática de relaxamento e a sua importância, recorrendo a técnica de relaxamento de respiração abdominal, na população adulta. Na população mais jovem refletimos ser extrema importância abordar a temática das emoções, mais concretamente o seu reconhecimento, para à posteriori poderem desenvolver melhores competências na gestão das mesmas, tornando-se adultos mais competentes.

A saúde mental assume-se como parte integrante e essencial da saúde humana. A doença mental é encarada como um problema de saúde pública devido ao enorme impacto humano, social e económico que tem na sociedade atual (Almeida, 2018).

E, cada vez mais tendo em conta as condições socioeconómicas mundiais, e mais concretamente as atuais conjunturas do nosso país, todos nós vivenciamos diariamente um elevado nível de stress e ansiedade. Não só associado à cultura de competitividade laboral e escolar, como também às dificuldades económicas com que nos deparamos.

Importa referir que a ansiedade é uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida, representando-se como um conjunto de sentimentos que são desencadeados por uma preocupação ou medo. Ajuda também o indivíduo a responder de forma adequada a estímulos, uma vez que acelera os reflexos e

aumenta os níveis de concentração na situação problema, sendo a resposta emocional subjetiva face ao fator stressor que lhe é exposto (Shahrokl e Hales, 2003 citado por Townsend, 2009).

Segundo a American Psychiatric Association (2014), não podemos considerar a ansiedade como um sentimento simples, dado que a mesma é caracterizada como um misto de emoções onde o medo se demonstra como a emoção principal. Na maioria das vezes o medo e a ansiedade encontram-se associados, sendo que o medo é uma resposta emocional associada a uma ameaça eminente e real e a ansiedade a antecipação de uma ameaça futura.

Também para Loureiro (2014), a ansiedade é uma emoção, tratando-se de um estado emocional pelo qual todos nós podemos passar. Não obstante, a ansiedade passa a ser preocupante quando começa a interpor-se, de forma significativa, nas atividades de vida diárias e as torna incapacitantes, podendo mesmo vir a ser um verdadeiro problema.

Afonso (2015) relata que na ansiedade há uma expectativa de que algo de mal possa acontecer, podendo essa ameaça ser real ou imaginária. Este autor refere que a ansiedade é uma reação psicobiológica básica que tem como principal função desencadear um conjunto de comportamentos no sentido de superar determinada situação. Por outro lado, Pio Abreu (2008) narra que a ansiedade constitui uma emoção pouco diferenciada que é normalmente entendida como patológica, relacionada com o medo, mas diferindo deste por não existir um objeto ameaçador.

A mesma pode ser classificada em três graus: ligeira, moderada e grave. A ligeira raramente é problemática e está associada à tensão do dia-a-dia preparando o organismo para a ação. Ajuda a aumentar a motivação e a produtividade possibilitando a aprendizagem e mantém a capacidade funcional. Neste nível de ansiedade são utilizados os mecanismos de coping tais como dormir, chorar, exercício físico, tiques (balançar o pé, andar de um lado para o outro, bater com os dedos, roer as unhas), falar com alguém de confiança (Townsend, 2011). Assim, neste tipo de ansiedade a pessoa pode ter um aumento da sensibilidade para ruídos e do nível de alerta surgindo alguma irritabilidade e agitação.

A ansiedade pode ter origem em algo sem explicação, ou seja, uma pessoa sente-se ansiosa sem uma causa ou motivo aparente. Por conseguinte, pode variar de intensidade, com já referido anteriormente, desde ligeira a grave, podendo mesmo atingir níveis tão elevados, com os quais uma pessoa possa ter um ataque de pânico, levando a uma resposta impotente, isto é, um comprometimento da capacidade normal de resposta, podendo mesmo ter perda de funcionalidade (Loureiro, 2014).

Assim a distinção entre a ansiedade dita “normal” do dia-a-dia, daquilo que é uma perturbação de ansiedade, é que a ansiedade em excesso é mais grave e dura mais tempo, bem como interfere de modo significativo com as atividades do quotidiano e nas relações com os outros.

A perturbação de ansiedade pode manifestar-se de forma física, comportamental, cognitiva e emocional (Loureiro, 2014).

Em relação ao nível somático, pode manifestar-se alterações gastrointestinais (xerostomia, indigestão, diarreia, flatulência, cólicas, náuseas e perda de apetite); alterações cardiovasculares (palpitações, sensação de aperto na garganta/asfixia, lipotimia, mal-estar e dor pré-cordial); alterações respiratórias (dispneia, hiperventilação e suspiros frequentes) e outros (polaquiúria, sudorese, vertigens, cefaleia, tensão/dor muscular, visão turva e mialgias).

Ao nível cognitivo, pode surgir dificuldade de concentração, diminuição na capacidade de pensar, raciocinar e aprender, bloqueio de pensamento e diminuição na capacidade de resolução de problemas.

Relativamente ao nível emocional e comportamental pode-se manifestar cansaço, sensação de perigo constante, pânico, infelicidade constante, falta de confiança, nervosismo, preocupação excessiva, irritabilidade, frustração, isolamento social e choro compulsivo (Rebelo & Carvalho, 2014).

Assim a intervenção de enfermagem no Autocontrolo da Ansiedade tem importância preponderante sobretudo em pessoas que têm consciência da sua ansiedade, demonstram intenção em controlá-la, ao mesmo tempo verbalizam incapacidade para o fazer (Sequeira e Sampaio, 2020).

O EESMP pode desempenhar um papel crucial através de intervenção psicoeducativa definindo um plano de intervenção individualizado, flexível e passível de alterações consoante a evolução da pessoa assistida, que vise ensinar, instruir e treinar intervenções que permitam à pessoa ter controlo da sua ansiedade, através da compreensão e resinificação de fatores precipitantes, da clarificação de estratégias de resolução de problemas precipitantes de ansiedade, do ensino e treino de técnicas de autocontrolo de ansiedade e de auto relaxamento (Sequeira e Sampaio, 2021).

Evidências científicas mostram que as técnicas de relaxamento e técnicas de respiração auxiliam no manuseamento dos transtornos ansiosos (Willhelm, 2015).

Segundo Payne (2003) o relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos desagradáveis/perturbadores ou geradores de stress/ansiedade. Pode identificar-se três

objetivos associados à técnica de relaxamento, nomeadamente como medida preventiva de consequências associadas ao stress/ansiedade, como tratamento para redução da ansiedade/stress e ainda numa perspetiva de desenvolvimento de competências para lidar com o mesmo (Payne, 2003; Coelho & Sousa, 2020).

Um fator interessante e igualmente importante da prática de relaxamento é o facto de ao reduzir a ansiedade associada a determinados contextos, ajuda a pessoa a conseguir apresentar “diálogos internos” mais lógicos e adequados, uma vez que o stress/ansiedade elevada interferem nos processos de memória, de perceção e de atenção e consequente tomada de decisão (Vaz Serra, 2002).

Também segundo Coelho e Sousa (2020), o relaxamento permite à pessoa desenvolver a capacidade de lidar com os seus sintomas físicos contribuindo para a redução da ansiedade, através da redução dos estímulos e das perceções associadas ao sistema sensorial do corpo.

Assim a intervenção do relaxamento tem um potencial terapêutico promovendo um estado de bem-estar, sendo que o mesmo prepara o organismo para um estado de calma e repouso, reduzindo a atividade do comportamento, sendo que o uso repetido desta técnica previne/melhora os transtornos associados ao stress/ansiedade (Vaz Serra, 2002).

Quanto às competências emocionais, estas são de extrema importância e influenciam a forma como vivenciamos o dia a dia e consequentemente como lidamos com a gestão do stress e ansiedade. Mas nas crianças, a primeira etapa, passa por reconhecer as emoções experienciadas, de modo a poder falar sobre elas e exprimi-las e assim tornarem-se mais capazes a gerir as mesmas.

As emoções, não são inatas ao ser humano, mas sim habilidades apreendidas que exigem treino e dedicação de forma a serem trabalhadas e desenvolvidas para alcançar um desempenho excelente (Goleman, 2012)

Quanto maior for a capacidade de reconhecer de forma adequada emoções, em si próprio e nos outros, para em seguida poder compreendê-las, avalia-las e usá-las na tomada de decisões, maior eficácia na concretização de metas e objetivos, o que terá efeitos no bem-estar físico e emocional (Zaki et al., 2018).

As competências sociais e emocionais, tem um papel crucial no desenvolvimento socio emocional de crianças, permitindo-lhes alcançar resultados positivos na escola, e como pessoas no futuro, no domínio do empowerment e capacitação, e consequentemente de resiliência face às adversidades.

O que vai ao encontro com o pensamento do neurocientista, António Damásio (2000) que defende que as emoções se tornam fundamentais na estrutura e edificação da identidade.



Acrescenta ainda que, a consciência é entendida como uma função biológica que possibilita o conhecimento das emoções, neste sentido, a gestão emocional adequada implica um balanço entre o controlo e a exteriorização das emoções.

Assim mais uma vez o Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EEESMP] detém competências específicas que lhe possibilitam desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos que visem não só o restauro da saúde mental dos indivíduos como a prevenção da incapacidade, através da mobilização de processos que melhor se adaptem aos mesmos e às suas vivências.

**Título:** Mais Saber para Melhor Viver

**Contexto:** [REDACTED]

**Finalidade:** Sensibilizar a comunidade para a importância da saúde mental no seu dia a dia, mais concretamente sobre a ansiedade e respetiva técnica de auto relaxamento, bem como o reconhecimento das emoções experienciadas a fim de potenciar uma melhor gestão das mesmas.

**Critérios de inclusão:** Todos aqueles que através de consentimento informado de forma verbal aceitem participar na ação de sensibilização, população com capacidade cognitiva

**Critérios de exclusão:** população que não aceite participar na ação de sensibilização.

**Objetivos:**

- Aumentar a literacia sobre a ansiedade;
- Instruir sobre a importância e eficácia da técnica de relaxamento de respiração abdominal no autocontrolo ansiedade;
- Sensibilizar as crianças/jovens para reconhecerem em si as suas emoções e seus significados;
- Instruir sobre a importância de reconhecer e assim melhorar o autocontrolo da gestão de emoções;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos;

**Programa:**

- Atividade dinâmica a realizar com crianças/jovens, construindo no momento a emoção que está a vivenciar e sensibilizar para a importância da expressão e gestão da mesma.
- Atividade dinâmica com os adultos e idosos sobre o que é a ansiedade, seus principais fatores precipitantes bem como sinais e sintomas e ensinar, instruir e treinar a técnica de relaxamento de respiração abdominal com as respetivas vantagens.

**Duração:** Dia 29 de Outubro, das 9h às 12h

**Recursos:** Ecrã de apresentação de vídeo, mesa, “jogo” em cartolina, flyer,

**Dinamizador:** Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**Parcerias:** [REDACTED]

**Método de avaliação de resultados:** Para o processo de colheita de dados recorreremos à observação direta sistemática, que é aquela em que procedemos diretamente à recolha dos dados/informações, sem nos dirigirmos à população com questões diretas de avaliação, recorrendo ao sentido da observação. Fazendo registo do número de participantes bem como das interações com os mesmos referentes à sua perceção sobre a temática e facilidade em concretização ou não da atividade, assim como as suas manifestações pessoais referentes à temática e dinâmicas realizadas.

**Resultados:** A ação de sensibilização decorreu no dia 29 de outubro de 2022, na Feira da Saúde, no [REDACTED] entre as 9h e as 13h. Neste período de tempo, foram entregues 110 flyers “Vamos falar de Ansiedade???” , sendo que apenas uma das pessoas interpeladas recusou participar na ação de sensibilização.

Importa ainda salientar que as nossas abordagens foram efetuadas, ao longo do recinto do mercado, uma vez que a população não se deslocava ao espaço do expositor.

De uma forma espontânea e colaborante a população abrangida por esta ação de sensibilização ia aquando, da nossa abordagem, expressando ilações acerca da temática.

No que respeita a resultados:

- 38 pessoas referiram que recorrem ou já recorreram a ansiolíticos para controlo da ansiedade.
- 27 pessoas sentiram necessidade de ventilar emoções sobretudo sobre preocupações atuais.
- 1 pessoa solicitou informações sobre encaminhamento de familiar através do centro de saúde para consulta de psiquiatria.
- 3 pessoas referirão conhecer e praticar técnica de respiração abdominal para controlo da ansiedade, sendo que as restantes não demonstravam conhecimento sobre esta técnica.
- 10 pessoas referiram não manifestar quaisquer sintomas de ansiedade.
- 32 aceitaram o flyer mais referiram não ter tempo para conversar.

Relativamente ao Jogo das Emoções, a dinâmica não teve adesão por parte da população presente, uma vez que a mesma, como já referido anteriormente, não se dirigia voluntariamente aos expositores presentes na feira, nem demonstravam interesse em fazê-lo, apesar da localização privilegiada junto ao espaço de atividades infantojuvenis (karaté e dança).

**Conclusões:** De uma forma geral podemos concluir que esta ação de sensibilização teve um impacto positivo nos participantes, não só pela sensibilização sobre a temática da

ansiedade tão premente nos dias de hoje, como pela sua importância e impacto na saúde mental. Bem como por termos proporcionado aos intervenientes uma estratégia de autocontrolo da ansiedade, de fácil ensino e instrução, podendo os mesmos replicá-la autonomamente.

Consideramos também a partilha por parte dos intervenientes de algumas das suas inquietudes e anseios, um ponto benéfico, uma vez que lhes foi dada oportunidade de ventilar as suas emoções, podendo estes sentirem-se ouvidos e valorizados. Tendo sido ainda possível informar sobre valências do centro de saúde de Ílhavo no que respeita à saúde mental, e aconselhar a procura de ajuda especializada.

No que respeita ao jogo das emoções, a dinâmica não se verificou eficaz para a população presente, pelo que a ausência de resultados é por si só um resultado, sendo que numa intervenção futura num contexto similar, esta dinâmica teria de ser repensada.

Importa, contudo, referir que os expositores presentes na feira da saúde, tiveram no nosso ponto de vista uma adesão diminuta por parte da população. A visível preocupação com os preparativos referentes ao feriado do dia de todos os santos, o desconhecimento por parte da população sobre o evento feira da saúde, pode também ter contribuído para uma pouca afluência aos expositores. O facto de irmos ao encontro das pessoas ao longo do recinto do mercado enquanto estas realizavam as suas compras foi na nossa opinião um fator determinante para que um terço da população visada apenas aceitasse o flyer e não quisesse estabelecer mais diálogo.

De uma forma geral podemos, contudo, concluir que a ação de sensibilização teve um impacto positivo nos seus participantes fomentando o conhecimento sobre importantes temáticas de saúde mental, e dos seus dinamizadores, deixando-os a refletir no que poderá ser melhorado em futuras sensibilizações.

### **Bibliografia:**

- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. (Ed. 5). Climepsi Editores.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece*. Principia.
- Conceição, J., & Buena, G. (2020). 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental. <https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200>

- Cordeiro, R., Borges, E. & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de Saúde Mental no Trabalho. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 61-63). Lidel.
- Damáσιο, A. (2000). *O Sentimento de Si: Corpo, Emoção e Consciência*. Europa América.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)
- Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (1.ª ed.).
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5 ed.). Temas e Debates -Círculo de Leitores.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2. <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2 Ed.). Lusociência.
- Pio Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (ed.5). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Rebelo, S. & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental*. (ed. 20). [https://www.researchgate.net/profile/JoseCarlosCarvalho2/publication/283853274\\_Ansiedad\\_e\\_Intervencoes\\_de\\_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/Ansiedad-e-Intervencoesdeenfermagem.pdf](https://www.researchgate.net/profile/JoseCarlosCarvalho2/publication/283853274_Ansiedad_e_Intervencoes_de_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/Ansiedad-e-Intervencoesdeenfermagem.pdf).
- Sampaio, F. & Sequeira, C., (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (ed. 1). Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stresse na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Adriano Vaz Serra
- Zaki H., Abd-Elrhaman S. & Ghoneimy A. (2018). The Effect of Emotional Intelligence Program on Decision Making Style. *American Journal of Nursing Research*, 6(6), 524-532. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/6/21>

Willhelm, A., Andretta, I. & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*. (8). (1).  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822015000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009)



**APÊNDICE VI**  
**CONSULTA DE ALCOOLOGIA**





## APÊNDICE VI – CONSULTA DE ALCOOLOGIA



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**[REDACTED]**  
Autoras: Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: 8 e 26 de Novembro de 2022

### CONSULTA DE ALCOOLOGIA

#### **Introdução**

No âmbito do estágio com relatório UCC [REDACTED] foi-nos dada oportunidade enquanto estudantes de mestrado, de integrar a Consulta de Alcoologia, cujo o objetivo é a intervenção psicoterapêutica em contexto de tratamento/accompanhamento do indivíduo/família com dependência.

A realização deste documento visa sobretudo o nosso empoderamento sobre a temática e adequada capacidade de resposta para a realização da consulta sobre a supervisão da enfermeira especialista, bem como reflexão sobre a sua dinâmica.

Esta consulta tem uma periodicidade semanal, e é realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por uma enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), uma Assistente Social e uma médica de Medicina Geral e Familiar (MGF). Tem como principais parcerias as unidades funcionais de saúde do ACES [REDACTED], Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia e Unidade de Alcoologia [REDACTED].

A referenciação para esta consulta pode ocorrer de diferentes formas, sendo as mais comuns; Ordem Judicial, transferência do processo da Unidade de Alcoologia [REDACTED] para a área de residência, sinalização do médico de medicina geral e familiar e a pedido voluntário do indivíduo.

A consulta na UCC divide-se em dois momentos, primeiramente dinamizada pela enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica e pela Assistente Social e posteriormente o indivíduo é consultado pela médica de MGF, sendo que por norma existe uma reflexão da equipa multidisciplinar sobre o processo individual de cada utente, anterior e posterior ao segundo momento mencionado.

O alcoolismo é uma doença com um potencial de infligir sofrimento enorme, interferindo com todas as dimensões do indivíduo, assim como em todos os quadrantes da sociedade. Segundo dados da OCDE, em 2021 cada português consumia em média doze litros de álcool por ano.

A Organização Mundial de Saúde (2010), no “Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde”, estudo divulgado em Fevereiro de 2011, alerta que o consumo excessivo de álcool é a causa de morte anual de 2,5 milhões de pessoas.

Também para Anderson (2012), o impacto do consumo de álcool reflete-se na mortalidade, morbilidade e incapacidade, sendo que quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas, maior a probabilidade de surgirem problemas atribuíveis ao álcool. O mesmo autor reforça ainda que o consumo de álcool acima dos padrões recomendados encontra-se nos cinco fatores de risco mais frequentes de desenvolvimento de doença, incapacidade e até morte.

O Síndrome de Dependência Alcoólica, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), é o desejo de ingerir bebidas alcoólicas, acompanhado de dificuldade em controlar o consumo, levando a um uso compulsivo, independentemente dos danos físicos ou mentais provocados à pessoa e aos que lhe são próximos.

Também American Psychiatric Association (2014), estabelece como critérios de transtorno por uso de álcool um padrão problemático, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- ✓ Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
- ✓ Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
- ✓ Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
- ✓ Forte desejo ou necessidade de usar álcool.
- ✓ Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.

- ✓ Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
- ✓ Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
- ✓ Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
- ✓ O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
- ✓ Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos:
  - Necessidade de ingerir quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado.
  - Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
- ✓ Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos:
  - Síndrome de abstinência característica de álcool.
  - Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Tendo em conta que a competência corresponde à capacidade de mobilização de um conjunto de conhecimentos e recursos para dar uma solução pertinente e adequada quando num determinado contexto profissional (Perrenoud, 1999), do papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica espera-se a aplicação das suas competências específicas para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o indivíduo. Esta visa sobretudo numa fase inicial pela colheita de dados sociodemográficos, de antecedentes saúde, de medicação habitual, de consumos atuais, de identificação e clarificação de possíveis problemas para os quais os hábitos etílicos contribuíram, ou foram causadores.

Espera-se também que este consiga aferir junto do indivíduo a sua motivação para a mudança, e para o estabelecimento de metas exequíveis.

A motivação é um conceito que se altera consoante as diferenças individuais de cada pessoa. A mesma segundo Sequeira, C. (2016) engloba o interesse de cada indivíduo em iniciar uma determinada modificação do seu comportamento ou mantê-lo (mudança). Quando o mesmo pretende efetuar uma mudança de forma habitual, altera um comportamento prejudicial por um comportamento promotor da sua saúde, ou simplesmente optando por eliminar o comportamento nocivo. Este facto correlaciona-se de forma direta à probabilidade do indivíduo se envolver de forma continua e aderir a uma

estratégia específica de mudança ou comportamento. Devemos ter ainda sempre em conta que a prontidão para a mudança flutua ao longo do tempo e consoante a situação específica de cada um.

O Ciclo de mudança, surge como um modelo dinâmico, que ajuda o enfermeiro ESMP na interpretação da forma como sucedem as mudanças comportamentais do indivíduo, bem como a compreender se o mesmo se encontra disposto a mudar um comportamento de risco para outro, priorizando a sua saúde (Tomás et al. 2020).

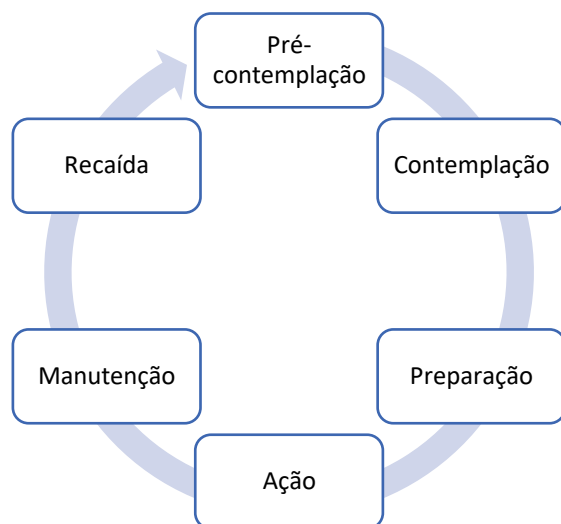


Figura 1: Ciclo de mudança.

O ciclo de mudança como podemos verificar na figura 1, apresenta 6 fases encadeadas entre si, podendo o indivíduo ir progredindo ou recuando ao longo do ciclo.

Assim segundo Tomás et al. (2020), na pré-contemplanção o indivíduo não tem consciência do comportamento nocivo, bem como da sua gravidade e implicação na sua vida, deste modo nesta fase o indivíduo não se encontra sequer desperto para o processo de mudança. Na fase de contemplanção, surge por parte do indivíduo a consciência de existir um problema e reconhece-o como tal, contudo ainda não se encontra preparado para o enfrentar/alterar ou não tem ainda a certeza de o querer fazer. É nesta fase que a ambivalência se encontra presente de forma mais acentuada.

A fase seguinte é a de preparação, onde o indivíduo já tomou consciência plena sobre o seu problema, a ambivalência já se encontra ultrapassada e o mesmo já se encontra preparado para mudar. Inicia-se assim processo de planeamento da mudança e escolher as estratégias mais facilitadoras para o mesmo. Na fase da ação o indivíduo aplica o processo de mudança, alterando os comportamentos, e desenvolvendo a sua autoeficácia e autoconfiança. De seguida surge a manutenção, onde o indivíduo já alterou os seus

comportamentos e vai encontrando novos desafios diários, necessitando de readaptar e integrar novas estratégias, para manter o seu novo eu, sem incorrer na recaída. Por vezes surge então a recaída, onde o indivíduo retoma o comportamento nocivo. Esta fase deve ser encarada como algo normal no processo de mudança, sendo muitas vezes essencial para que o indivíduo possa aprender e recomeçar, de forma mais consciente e fortalecida, todo o processo.

Os enfermeiros especialistas em ESMP têm assim um papel preponderante neste processo tendo como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, a abordagem do enfermeiro especialista deve ser centrada na pessoa de forma empática e colaborativa, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, ferramenta psicoterapêutica esta de excelência porque assume uma grande flexibilidade e dinamismo, direcionada para o atingir de uma meta específica. Respeitando princípios da colaboração, evocação e autonomia, tendo sempre em conta as reais probabilidades de mudança por parte do indivíduo, da sua família, do seu ambiente social e laboral (Miller, W. R. e Rollnick, S., 2002).

O principal objetivo do enfermeiro passa por aumentar a motivação do indivíduo para a mudança, fortalecendo assim o compromisso do mesmo, perante as metas delineadas.

Assim o enfermeiro especialista em ESMP apresenta as aptidões específicas que lhe permitem a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupos e comunidade, ao longo do ciclo vital, estabelecendo relações de confiança e parceria e assim aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas estratégias de resolução (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo a entrevista de enfermagem uma componente do processo de relação de ajuda, a mesma pode assumir diferentes designações conforme o objetivo a que o enfermeiro especialista se propõe, como a entrevista de colheita de dados, de informação e de ensino, mas também a entrevista de ajuda que envolve suporte psicológico, modificação de comportamentos, resolução de problemas ou situações de crise (Phaneuf, 2005).

Contudo, o enfermeiro tendo em conta a visão integral do indivíduo deve segundo Miller, W. R. e Rollnick, S. (2002) no decorrer da entrevista motivacional respeitar os seguintes princípios; a *expressão de empatia* que é crucial por parte do profissional para a demonstração da identificação e aceitação do problema por parte do indivíduo que facilita o processo de mudança. A *escuta ativa e reflexiva* para com o mesmo, compreendendo

assim a realidade subjetiva de cada sujeito tendo em conta a individualidade e singularidade de cada um no seu contexto específico. *Desenvolver as discrepâncias* é outro dos aspetos gerais a ter em conta, devendo o enfermeiro ESMP proporcionar ao indivíduo que os argumentos para a mudança venham dele próprio, sendo que estes surgem através da perceção da discrepância entre o comportamento atual do indivíduo e os seus valores pessoais e objetivos que pretende alcançar. Assim, o enfermeiro deve *realçar os objetivos do indivíduo, explorar as consequências já existentes* bem como as potências do atual comportamento criando e aumentando as discrepâncias entre o comportamento e a mudança (Miller e Rollnick, 2002).

*Saber lidar com a resistência* é outro fator importante que o enfermeiro deve ter em conta, evitando argumentar com o indivíduo sobre a mesma. A resistência à mudança não deve ser encarada como algo diretamente contra o mudar, mas sim uma resposta diferente ao espectável. Assim, o enfermeiro ESMP tem as competências específicas para orientar para novas perspetivas permitindo ao indivíduo refletir sobre as mesmas, tendo como ponto fulcral que o mesmo é a primeira fonte de procura de soluções para o seu problema (Miller e Rollnick, 2002).

Existem numerosas estratégias que o enfermeiro ESMP pode recorrer durante a entrevista, nomeadamente:

- ✓ Manter o clima de confiança;
- ✓ Formular questões abertas – encoraja a pessoa a falar e a controlar a direção da entrevista;
- ✓ Realizar escuta ativa e reflexiva;
- ✓ Clarificar o que é dito durante a consulta, refletindo sobre o essencial e o seu significado;
- ✓ Evocar para o discurso de mudança;
- ✓ Construir uma representação clara dos comportamentos, dos hábitos e das emoções que fazem sofrer a pessoa;
- ✓ Utilizar estratégias diversas que permitam evidenciar certos comportamentos e contradições;
- ✓ Ajudar a pessoa a delimitar de forma clara os comportamentos a mudar e os problemas que o originam;
- ✓ Ajudar a pessoa a verbalizar os seus estados de espírito;
- ✓ Ajudar a pessoa a fixar objetivos exequíveis;
- ✓ Valorizar sempre o esforço da pessoa, realizando reforço positivo e apoiando nas recaídas.

Importa realçar que a pessoa é a responsável por decidir sobre si mesma, sendo o enfermeiro um elemento de aconselhamento sobre diferentes possibilidades de resposta (mudança).

Os princípios éticos e deontológicos bem como a confidencialidade deverá estar assegurada em todos os momentos, e isso mesmo deverá ser explicado ao indivíduo, desde a primeira consulta. Sendo também primordial que a realização destas consultas deva ser em gabinete com um sitting adequado, sem interrupções, no qual seja assegurada a privacidade do indivíduo e família.

**Objetivos:** Dinamizar a consulta de alcoologia existente na UCC sob supervisão da enfermeira tutora.

### **Conclusões:**

A dinamização da consulta de alcoologia, enquanto futuras especialista em saúde mental e psiquiátrica, foi encarada por ambas como um desafio e uma oportunidade aos quais esperamos vir a dar resposta; não só através do respeito pelos princípios éticos e deontológico que pautam a profissão, assim como pela mobilização do conhecimento previamente adquirido, e da elaboração deste trabalho que funcionará com um documento de apoio e orientação. Importa referir também o constante suporte e orientação da enfermeira tutora para a dinamização da consulta.

É relevante salientar que uma vez identificado o problema, a intervenção do enfermeiro ESMP é de grande importância para o indivíduo na aceitação e tratamento. Estando certas, que a oportunidade de dinamização destas consultas será enriquecedora sobretudo no que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica assim como no desenvolvimento das restantes competências específicas nomeadamente, psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais e socio terapêuticas.

### **Bibliografia:**

- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J., & Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AM- PHORA*. The AMPHORA project. <http://amphoraproject.net/view.php>.
- Neves, C., Horta, C., Cunha, F., Rente, M. J., & Sousa, R. (2017). Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade Laços de Mar e Ria. Ílhavo

- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. (Ed. 5). Climepsi Editores.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. (ed. 2). New York.
- Organização Mundial de Saúde, (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Direção Geral de Saúde; Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde, (2010). *Relatório Global da situação sobre álcool e saúde*. Direção Geral de Saúde; Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Lusociência.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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: II série, n.º 122. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_356\\_2015\\_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf)
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Sampaio, F. & Sequeira, C., (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (ed. 1). Lidel.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C. & Querido, A. (2020). *Entrevista Motivacional*. Instituto Politécnico de Leiria. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4845/3/Texto\\_fasc%C3%ADculo\\_Entrevista%20Motivacional.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4845/3/Texto_fasc%C3%ADculo_Entrevista%20Motivacional.pdf).



**APÊNDICE VII**  
**PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**  
**SABEDORIA DAS EMOÇÕES**

## **APÊNDICE VII PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA SABEDORIA DAS EMOÇÕES**



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio com Relatório**

Autora: Soraia Inês Campos Amado

Data: Dezembro de 2022

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA SABEDORIA DAS EMOÇÕES**

O projeto Sabedoria das Emoções é um Projeto de Intervenção Psicoeducativa sobre Inteligência Emocional dirigido à pessoa idosa, e dinamizado durante um estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED]. O nome do projeto Sabedoria da Emoções resultou de uma adequação da temática à população-alvo.

#### **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

##### **❖ A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

A Inteligência Emocional é explicada como a capacidade de reconhecer de forma adequada emoções, em si próprio e nos outros, para em seguida poder compreendê-las, avalia-las e usá-las na tomada de decisões, o que consequentemente trará maior eficácia na

concretização de metas e objetivos, o que terá efeitos no bem-estar físico e emocional (Zaki et al., 2018).

A aptidão de sermos inteligentes com as nossas emoções e de termos capacidade de reconhecer e gerir as nossas emoções e as dos outros surge como a base do desenvolvimento pessoal, pois são as nossas emoções que controlam as nossas decisões e são as nossas decisões que definem o resultado da nossa vida (Moreira, 2022).

Apesar dos conceitos base de inteligência emocional poderem ter surgido em 1872, pela mão de Charles Darwin, com o livro *A Expressão das Emoções nos Homens e nos Animais*, foi no último quarto do século XX que foram criadas as primeiras teorias e testes sobre a temática. Em 1983, a teoria das *Inteligências Múltiplas* de Dr. Howard Gardner. Em 1985, com a criação do primeiro teste Quociente Emocional (EQ-i), concebido por Reuven Bar-On. No entanto, o conceito de Inteligência Emocional surgiu pela primeira vez num artigo com o mesmo nome em 1990, pelos psicólogos John Mayer e Peter Salovey, tecendo considerações sobre inteligência e emoções, e estabelecendo o conceito de Inteligência Emocional (IE) como a capacidade de processar informações emocionais de forma precisa e eficiente a partir de processos mentais de reconhecimento e regulação e uso adaptativo das emoções própria ou de outras pessoas (Salovey & Mayer, 1990).

No ano de 1995, Daniel Goleman foi autor do *bestseller Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*, que devido ao seu sucesso fez com que de um momento para o outro todos reparassem neste fenómeno, e se passasse a atribuir importância a aptidões emocionais e sociais do ponto de vista empresarial e pessoal.

Esta popularidade, mais cultural que científica fez com que Mayer e Salovey em 1997 clarificassem o seu conceito, sobretudo sobre a forma como se processam as informações emocionais, subdividindo a IE em quatro dimensões fundamentais para a teoria na sua globalidade: a percepção e expressão da emoção; a Integração da emoção no pensamento; a compreensão das emoções; e a gestão das emoções (Mayer, 2000).

Del Valle e Castillo destacaram em 2010 que Goleman estruturou o conceito de IE com base em competências, que incluem um conjunto de habilidades afetivas e cognitivas, sendo dividido em cinco dimensões: autoconhecimento, autocontrole, automotivação, empatia e habilidades sociais dividindo a IE em duas grandes categorias de competências para lidar consigo e competências para lidar com os demais (Vieira-Santos et al., 2018). Para Goleman (2012) a IE dos indivíduos integra tanto capacidades individuais como traços de personalidade, sendo representada por objetivos e disposições individuais relativas à personalidade do indivíduo, e ao afeto. Bem como aspetos cognitivos e motivacionais responsáveis pela percepção, assimilação, compreensão e regulação das emoções, sendo

que ser emocionalmente inteligente é, “ser capaz, por exemplo, de dominar um impulso emocional; ler os sentimentos mais íntimos de outra pessoa; saber gerir as nossas relações” (Goleman, 2003).

O autor acrescenta ainda que a IE engloba a capacidade que o indivíduo tem para se auto motivar, persistir perante situações frustrantes, controlar impulsos, regular o seu estado de espírito, controlar a interferência de emoções com o seu pensamento, e ainda, ter capacidade de ser empático (Goleman, 2012).

O reconhecimento da importância destas habilidades, é evidenciado pelo duplo papel desempenhado pelas emoções: na adaptação social e no comportamento inteligente (Woyciekoski e Hutz, 2009)

Na pesquisa para realização deste trabalho foi perceptível observar que os projetos que relacionam inteligência emocional e a pessoa idosa estão mais direcionados para aferir se a inteligência emocional da população alvo influencia o bem-estar e a qualidade de vida nesta fase. No entanto, este projeto Sabedoria das Emoções, passa por uma intervenção psicoeducativa de fomentação da saúde mental positiva que visa sobretudo utilizar os princípios da Inteligência Emocional para capacitar os participantes, de estratégias que lhes aumentem essa mesma inteligência e por consequente os ajudem na gestão diária das suas emoções.

Após análises dos diferentes modelos, a opção incorreu pela adaptação do trabalho desenvolvido por Daniel Goleman para o desenvolvimento desta intervenção psicoeducativa.

Segundo Goleman, independentemente do contexto o autor defende que os indivíduos terão melhor desempenho emocional quanto maiores forem as suas competências sobre a autoconsciência; gestão das emoções; automotivação; empatia e gestão de relacionamentos em grupo (Goleman, 2012). Sendo que:

- Autoconsciência se traduz na capacidade de ler as emoções e perceber a sua influência nos próprios pensamentos e decisões. É a aptidão para saber o que se sente no exato momento e utilizar essa informação no processo de resolução de problemas e tomada de decisão.
- Autocontrolo consiste num controlo adaptativo e funcional das emoções e das relações de acordo com o contexto onde o sujeito se insere e as circunstâncias, sendo compreendido como a facilidade em gerir os impulsos, os sentimentos, pensamentos e comportamentos.
- Motivação incide na utilização dos recursos e preferências dos indivíduos, guiando-os e permitindo que estes avancem na conquista dos seus objetivos e metas

pessoais, sociais, profissionais, agindo como uma alavanca para a tomada de iniciativa.

- Empatia permite aos indivíduos perceberem o que os outros sentem, tornando-se assim capazes de tomar a perspetiva destes e relacionarem-se, criando ligações saudáveis que revelem sintonia com uma grande diversidade de pessoas.
- As competências sociais possibilitam aos indivíduos regular e gerir emoções, quer as suas quer as dos outros, assim como serem capazes de interagir com harmonia

Tal como afirma Lima 2010, o envelhecimento é por norma acompanhado de perdas, mas também de ganhos, tais como a maturidade e a sabedoria. Já para Fragoso e Chaves 2012, a velhice pode ser uma etapa de crescimento emocional: onde a experiência acumulada ao longo do ciclo vital poderá ser um fator facilitador do desenvolvimento sénior podendo, nesta etapa existir um aperfeiçoamento do seu repertório de destrezas emocionais que certamente permitirão uma melhor gestão emocional.

## ❖ O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial que conseqüentemente tem associado a crescente prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que acometem a pessoa idosa, podendo colocar em causa a sua condição física e cognitiva (Lima, 2021). O autor Gonçalves, 2014 refere que envelhecimento constitui como um fenómeno recente e universal nos países desenvolvidos (Lima,2021).

Em Portugal, o aumento progressivo da população idosa é uma realidade que se assemelha à maioria dos países europeus, de acordo com Pocinho 2014 as alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, tal como corrobora Lima 2021, a tendência progressiva de aumento da população idosa avigora a problemática relacionada com o envelhecimento provocando inquietações em relação às condições de vida e processos de saúde-doença das pessoas mais velhas.

O relatório mundial sobre o Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendava em 2015, mudanças profundas na forma de formular políticas de saúde e prestar serviços de saúde às populações a envelhecer. O mesmo relatório referia ainda que as pessoas mais velhas, poderiam cada vez mais ser vistas como contribuintes para o desenvolvimento, cujas competências devem estar interligadas com políticas e programas transversais. Sendo ainda referido que o envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com

implicações transversais a todos os setores da sociedade, razão pela qual nas próximas décadas, muitos países irão enfrentar pressões fiscais e políticas na esfera dos sistemas públicos de saúde, providência e proteção social para a população com a faixa etária mais avançada.

Em 2017, no relatório da mesma organização, agora sobre a saúde mental de *Older Adults* (adultos idosos) a OMS evidenciava também que as pessoas com 60 ou mais anos, contribuem de forma importante para a sociedade como membros da família, voluntários e como participantes ativos da comunidade.

OMS 2017 evidencia, no entanto que embora a maioria dos *Older Adults* possua boa saúde mental, muitos destes correm o risco de desenvolver transtornos mentais, distúrbios neurológicos, bem como outras condições de saúde, salientando o relatório a depressão e a demência. No que respeita à demência, prevê-se segundo a OMS (2017) que o número total de pessoas com demência aumente para 82 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050, o que se tornará social e economicamente bastante significativo e trará imensas consequências para os sistemas de saúde e para os cuidadores destas pessoas. Esta síndrome, geralmente de natureza crónica ou progressiva, na qual existe uma deterioração da memória, do pensamento, do comportamento e da capacidade de realizar atividades cotidianas, esta afeta principalmente pessoas mais idosas, embora não seja uma parte normal do envelhecimento saudável.

Quanto à depressão, de acordo com a OMS (2017) para além de poder causar inúmero sofrimento e levar a um funcionamento prejudicado na vida diária, de acordo com a mesma fonte a depressão é subdiagnosticada e subtratada em ambientes de cuidados primários, podendo os sintomas ser negligenciados e não tratados por ocorrerem em concomitância com outros problemas de saúde encontrados.

A OMS (2017) refere que por norma a pessoa idosa com sintomas depressivos apresenta uma pior funcionalidade quando comparada com aqueles com condições médicas crónicas, como hipertensão ou diabetes. Não esquecendo que os síndromes depressivos podem também aumentar a perceção de problemas de saúde, e contribuem para o aumento da utilização de serviços de saúde o que consequentemente acarretará um maior dispêndio de recursos. A OMS 2017 refere que a saúde mental das pessoas idosas pode ser melhorada através da promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, se para isso necessária a criação de condições de vida e ambientes que apoiem o bem-estar e permitam que as pessoas levem uma vida saudável. A promoção da saúde mental depende muito de estratégias para garantir que os idosos tenham os recursos necessários para atender às suas necessidades, como: proporcionar segurança e liberdade; habitação adequada

através de políticas habitacionais de apoio; apoio social aos idosos e seus cuidadores; programas sociais e de saúde direcionados a grupos vulneráveis, como aqueles que vivem sozinhos e populações rurais ou que sofrem de uma doença mental ou física crônica ou recidivante; programas para prevenir e lidar com o abuso de idosos; e programas de desenvolvimento comunitário.

## ❖ O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA A SAÚDE MENTAL

Tal como Meleis e Trangenstein (1994) afirmam, a atividade de enfermagem consiste na facilitação de processos de transição, evidenciados pela gestão do autocuidado terapêutico ao longo do ciclo de vida, procurando que o trajeto vivencial dos indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas centrado no conceito de saúde ou no conceito de doença.

Para Lima (2021), o cuidado prestado para a população idosa exige uma mudança de atitudes e comportamentos por parte dos enfermeiros, na medida em que estes profissionais devem estar atentos a todas as dimensões que o conceito de autonomia encerra.

Como evidenciado anteriormente a pessoa idosa tem uma maior propensão ao desenvolvimento de doenças mentais e de alterações cognitivas e neurológicas, pelo que cabe ao EEESMP a promoção de saúde mental e prevenção de doença junto desta população-alvo tal com preconizado pelo programa nacional de saúde mental (2017) e pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento das competências específicas, onde é referido que a “enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018) e também o EEESMP detém competências específicas que lhe possibilitam desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos que visem não só o restauro da saúde mental dos indivíduos como a prevenção da incapacidade, através da mobilização de processos que melhor se adaptem aos mesmos e às suas vivências. A coordenação, o desenvolvimento e implementação de programas de psicoeducação e treino em saúde mental deverá estar sempre presente na prática diária do EEESMP tendo por base a promoção da saúde mental e a prevenção ou redução do risco de perturbações mentais. (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

No que remonta à promoção da saúde mental, a dimensão saúde mental positiva tem ganho importância, segundo a (OMS) a dimensão da saúde mental positiva (SM+) é mencionada como um estado de bem-estar em que os indivíduos reconhecem as suas habilidades, são capazes de lidar com o stress e tensões normais da vida, trabalham produtiva e frutiferamente e contribuem para as suas comunidades. (Sequeira et al., 2014)

De acordo com Lluch citado por Ferra (2020) a SM+ consiste em que o indivíduo perante as suas circunstâncias específicas, interprete e aceite a normalidade dos seus pensamentos, sentimentos e condutas tentando estar e sentir-se o melhor possível.

Nos últimos trinta anos existiu um reconhecimento social e científico exponencial da importância de as pessoas serem emocionalmente competentes na gestão das suas emoções, e para além disso alguns estudos demonstram relação entre a Inteligência Emocional, a satisfação, autoestima, menores índices de depressão (Chamorro-Premuzic, 2007).

Certamente, indivíduos mais saudáveis e otimistas podem se adaptar mais facilmente às mudanças associadas ao processo de envelhecimento, razão pela qual proponho a realização do projeto Sabedoria das Emoções, uma intervenção psicoeducativa com características experimentais que visa a promoção de uma saúde mental positiva, e o conhecimento através do conhecimento sobre as componentes da inteligência emocional, cuja pretensão passará por fomentar uma melhor gestão de emoções, e conseqüentemente um envelhecimento ativo e saudável dos participantes.



## **APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Titulo do Projeto:** Sabedoria nas Emoções

**Contexto:** [REDACTED]

**Finalidade:** A finalidade deste projeto passa pela capacitação da pessoa idosa sobre estratégias que fortaleçam a sua inteligência emocional.

**Objetivos:**

- Facilitar a tomada de decisão e a resolução de problemas;
- Promover o bem-estar pessoal e de pertença ao meio envolvente;
- Favorecer o desenvolvimento de competências de relação interpessoal;
- Contribuir para o aumento de competências relacionais na pessoa idosa.

**População Alvo:** Pessoas que frequentem [REDACTED].

**Critérios de Inclusão:** Ter 60 ou mais anos. Disponibilidade para participar no projeto sabedoria das emoções; participação na totalidade das sessões; preenchimento dos questionários de avaliação (avaliação inicial e avaliação final).

**Critérios de Exclusão:** Presença de alterações cognitivas.

**Duração:** Sessão de abertura - 45 minutos;  
5 sessões de Psicoeducação - 45 minutos;  
sessão de encerramento – 60 minutos.

**Periodicidade:** Semanal.

**Recursos:** Sala, mesas, cadeiras, computador, tela de projeção, internet Website CANVA, Website YOUTUBE.

**Dinamizador:** Enfermeira/o Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

**Parcerias:** [REDACTED].

**Implicações Éticas:** Preenchimento de consentimento informado.

**Atividades a desenvolver:**

**Programa Sabedoria nas Emoções (Apêndice I)**

- Sessão de abertura e acolhimento dos participantes
- Sessão 1 - Autoconsciência
- Sessão 2 - Gestão das emoções
- Sessão 3 - Empatia
- Sessão 4 - Gestão de relacionamentos em grupo
- Sessão 5 - Automotivação
- Sessão de Encerramento

**METODOLOGIA**

Para Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a metodologia de projeto é reflexiva, estabelecendo uma conexão entre a teoria e a prática que, futuramente, permite prever uma mudança, adotando características fundamentais, tais como: atividade intencional, pressupõe iniciativa e autonomia, tem autenticidade, envolve complexidade e incerteza e tem um caráter prolongado e faseado, pautado por “... um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Na sessão zero foi pedido aos participantes, lessem, assinassem, e datassem o consentimento informado, livre e esclarecido, caso estivessem em concordância com o projeto.

Para avaliação do projeto foi realizado questionário de conhecimento sobre a inteligência emocional, elaborado e adaptado por mim para a população em estudo. As técnicas de recolha de dados são caracterizadas como “*procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis*”, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em estudo (Baptista & Sousa, 2011).

Esta população apresenta um nível de escolaridade que em 85,71% dos casos é referente ao 1º Ciclo do ensino básico, razão pela qual existiu necessidade de construir um questionário de simples compreensão que fosse ao encontro da literacia dos participantes.

A avaliação do programa Sabedoria das Emoções foi realizada através comparação dos resultados em diferentes momentos, pré-intervenção, pós-Intervenção. Apesar do *follow up* ser sempre preconizado, devido ao curto espaço temporal para elaboração deste projeto, não foi possível realizá-lo.

## **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

### **❖ Questionário Sociodemográficos**

Este projeto contou com um total de 7 participantes, sendo a média de idades  $\pm$  73,4 anos, os participantes são na sua totalidade do sexo feminino. No que respeita ao estado civil, 42,86% são casadas, 42,86% viúvas e 14,29% divorciadas, para além disso, 85,71% referem já se encontrar reformadas, sendo que 14,29% refere estar a aguardar pela reforma.

Quanto à escolaridade 85,71% dos participantes concluíram o 1º Ciclo e 14,29% o 2ºCiclo do Ensino Básico. A profissão anterior à reforma é em 42,86% dos casos empregadas domésticas, tendo as restantes profissões diversas.

Atualmente, 42,86% reside com o cônjuge 42,86%, 42,86% sozinho 14,29% com o companheiro, sendo que 71,43% residem em meio urbano, 28,57% em meio rural.

### **❖ Questionário de Avaliação**

#### **Pergunta 1 - No dia-a-dia que importância atribui ao seu bem-estar mental?**

##### **Respostas Pré-Intervenção**

- Três participantes referem dar *muita importância* do seu bem-estar mental. Exemplo: - "*muita importância*", "*toda a importância*", "*muito valor.*" (sic).

- Três participantes referem dar valor. Exemplo: - "*dou valor ao meu bem-estar*" e "*dou valor ao meu estado mental porque não me sinto bem comigo mesma, sem razão que justifique*", "*dou algum valor.*" (sic).

- Outro participante relaciona a tranquilidade do dia com o bem-estar mental: - "*Espero sempre ter um dia tranquilo para me sentir bem mentalmente*" (sic).

##### **Respostas Pós-Intervenção**

- Quatro participantes referem *dar muita importância*. Exemplo: - "*Muita importância, só assim posso andar bem durante o dia*", "*muito importante*", "*Muito importante*", "*Toda a importância.*" (sic).

- Duas participantes referem que *por vezes dão importância*. Exemplo - “Às vezes”; “*Tem dias que atribuo a mais, outras menos.*” (sic).

- Um participante *não responde* à pergunta, referindo: - “*Tudo o que aprendi foi espetacular a nível de bem-estar e mental.*” (sic).

**Comparação** – Em relação ao pré-intervenção existe agora mais um participante a referir atribuir muita importância ao seu bem-estar mental. O participante que não responde à questão refere ter apreendido acerca de bem-estar mental, pelo que apesar de não ser uma resposta adequada à pergunta, não deixa de ser um dado positivo para a avaliação do projeto.

## **Pergunta 2 - Na maioria das vezes, consegue identificar no seu quotidiano as emoções e/ou sentimentos que vivencia?**

### **Respostas Pré-Intervenção**

- Três participantes referem conseguir identificar as suas emoções e/ou sentimentos. Exemplos: - “*sim*”, e “*sim, consigo*”, “*sempre consigo identificar as minhas emoções.*” (sic).

- Três participantes referem conseguir identificar (exemplos: - “*às vezes consigo identificar outras não*” “*tem dias.*” (sic).

- Uma participante respondeu - “*Às vezes a vida leva-me a estas situações que mexem sempre com os sentimentos.*” (sic)., sem especificar se os consegue identificar ou não.

### **Respostas Pós-Intervenção**

- Cinco participantes referem conseguir identificar emoções/sentimentos exemplos: - “*Sim*”; “*Na maioria das vezes eu consigo identificar*”; “*Sim*”; “*Sim*”; “*Sim, eu consigo identificar as emoções sentimentos.*” (sic).

- Um participante refere “*Por vezes sim.*” (sic).

- Outro participante refere mesmo que ao identificar o conteúdo dos pensamentos, os tenta modificar/alterar. “*Sempre que surgem pensamentos negativos tento superar da melhor maneira.*” (sic).

**Comparação** – Existem agora mais participantes a referir conseguir identificar emoções e/ou sentimentos que vivenciam.

## **Pergunta 3 - Por norma, qual a sua facilidade em lidar/gerir as suas emoções e/ou sentimentos?**

### **Respostas Pré-Intervenção**

- Uma participante refere “*consigo controlar*” no que respeita ao lidar/gerir as suas emoções e/ou sentimentos.

- Cinco das participantes referem que nem sempre consegue lidar/gerir as suas emoções/sentimentos; *“nem sempre é fácil”, “nem sempre”* ou *“nem sempre é fácil, porque não vejo razão para tal.”* (sic).

### **Respostas Pós-Intervenção**

- Três participantes que referem ter mais facilidade em lidar/gerir emoções e/ou sentimento. Exemplo: - *“Sim, tenho”, “Sim”, “Sim.”* (sic).

- Um participante compara pré e pós intervenção referindo - *“Tenho agora melhor que antes.”* (sic).

- Dois participantes afirmam que nem sempre - *“Às vezes”, “Tem dias.”* (sic).

- Um participante refere que *“não.”* (sic).

**Comparação** – Em relação aos dados recolhidos pré-intervenção mais dois participantes referem conseguir gerir/lidar com as suas emoções e/ou sentimentos. Um participante refere uma melhoria face ao pré-intervenção. Um participante refere que não. E, dois participantes invés dos cinco iniciais referem que nem sempre, o que se traduz numa melhoria.

### **Pergunta 4 - Quando tem maior dificuldade em lidar/gerir as suas emoções e/ou sentimentos, de que forma isso afeta o seu bem-estar mental?**

#### **Respostas Pré-Intervenção**

- Todos os participantes são unânimes a reconhecem que a dificuldade em lidar/gerir emoções e/ou sentimentos afeta o seu bem estar mental. Exemplos: - *“tenho maior dificuldade no meu bem-estar mental”, “custa mais gerir as minhas emoções”, “afeta pois é difícil lidar com certas situações que por vezes a parte mental fica afetada”, “afeta bastante porque não me sinto bem comigo mesma”, “Afeta o meu bem-estar pela negativa, portanto sinto me pior”, “Custa mais gerir as minhas emoções.”* (sic).

#### **Respostas Pós-Intervenção**

- Todos os participantes mantem a resposta semelhante à fase pré-intervenção (exemplo: - *“Sim, porque se não consigo dividir ando mal”, “Sim, embora tente sempre pela positiva”, “Afeta sobretudo o meu bem-estar”, “Sim”, “Sim”, “Sim, afeta muito”, “Sim”*) (sic).

**Comparação** – Participantes reconhecem pré e pós intervenção que uma maior dificuldade em gerir/lidar com emoções e/ou sentimentos afeta o seu bem-estar mental.

### **Pergunta 5 - Costuma pensar sobre as suas próprias emoções e/ou sentimentos?**

#### **Respostas Pré-Intervenção**

- Um participante refere evitar pensar nas suas emoções e/ou sentimentos: - *“Tento não pensar.” (sic).*
- Outro participante refere não pensar: - *“não penso nelas.” (sic).*
- Os restantes cinco participantes referem pensar por vezes de uma forma exacerbada. Exemplos: - *“Penso muito no meu dia a dia nos meus sentimentos e emoções”, “Penso e penso bastante, mas tenho que dar a volta por cima para não me prejudicar”, “Só penso nisso o dia todo”, “Claro que sim e sei quanto mais passam os anos pior eu estou. Mais penso.” (sic).*

### **Respostas Pós-Intervenção**

- Todos os participantes referem agora pensar sobre as próprias emoções e sentimentos. Exemplos: - *“Sim, costume”, “Sim, às vezes”, “Costumo pensar bastante”, “Sim”, “Sim”, “Sim”, “Sim, costume.” (sic).*

**Comparação** – Os participantes referem agora sem exceção pensar nas suas emoções e/ou sentimentos, no entanto, sem demonstrar a carga emocional transmitida na mesma pergunta pré-intervenção.

### **Pergunta 6 - Acha (achou) importante ter mais conhecimento sobre gestão de emoções e sentimentos?**

#### **Respostas Pré-Intervenção**

- Dois participantes referem considerar *“muito importante”* e *“bastante importante” (sic).*
- Cinco participantes referem que sim. Exemplos: - *“penso que sim”, “acho que sim”, “Sim, quanto mais me conhecer melhor fica o meu mental”, “Sim, pois tudo o que puder aprender para o meu bem-estar”, “sim.” (sic).*

#### **Respostas Pós-Intervenção**

- Dois participantes referem que foi bastante importante. Exemplos: - *“Foi muito importante para mim todos estes conhecimentos”, “Achei bastante importante, por vezes faz-nos parar.” (sic).*
- Cinco participantes referem que sim. Exemplos: - *“acho, pois graças a isso consigo gerir melhor as emoções”, “Sim em todos os sentidos”, “Achei”, “Sim”, “Sim, derivado à formação que eu tive.” (sic).*

**Comparação** – Pré-intervenção os participantes consideravam importante a obtenção de conhecimentos sobre gestão de emoções. Pós intervenção os participantes mantêm a mesma opinião.

**Pergunta 7 - No dia-a-dia, costuma dar importância às emoções e sentimentos das outras pessoas?**

**Respostas Pré-Intervenção**

- Três participantes referem que sim. Exemplos: - *“Sim, porque sinto quanto mais estamos todos bem melhor me sinto.”*, *“sim”*, *“Sim sempre me preocupo com emoções e sentimentos de quem me rodeia.”* (sic).

- Três participantes referiam dar importância a pessoas específicas. Exemplos: - *“Dou importância aos familiares sobretudo”*, *“Se me aparecer alguma emoção de alguma pessoa amiga claro que dou importância”*, *“Tento reparar nos meus.”* (sic).

- Um participante refere não dar muita importância. Exemplo: - *“Dantes era mais e agora com a medicação ligo menos.”* (sic).

**Respostas Pós-Intervenção**

- Quatro participantes referem que sim (exemplos: - *“Sim, costume”*, *“sim, sempre que peçam ajuda”*, *“Claro que sim”*, *“Sim, costume porque dou valor às outras pessoas”*) (sic).

- Dois participantes referem fazê-lo às vezes (exemplos: - *“Depende dos dias e das pessoas”*, *“Às vezes”*) (sic).

- Um participante refere não dar muita importância: - *“Já dei mais.”* (sic).

**Comparação**- Em comparação com o pré intervenção, no pós intervenção existe mais um participante a referir dar importância as emoções e sentimentos de outras pessoas.

**Pergunta 8**

**Respostas Pré-Intervenção - O que espera destas sessões?**

*“Melhorar a minha sanidade mental e emocional.”* (sic).

*“Aprender para talvez fazer diferente.”* (sic).

*“Aprender a lidar um pouco mais com as minhas emoções.”* (sic).

*“Ter mais esclarecimento.”* (sic).

*“Mais conhecimento e informação.”* (sic).

*“Uma aprendizagem sempre para melhorar os sentimentos e emoções.”* (sic).

*“Saber mais.”* (sic).

**Respostas Pós-Intervenção Em que medida o Projeto Sabedoria das Emoções foi benéfico para o seu quotidiano?**

*“Foi bastante, graças a ele me consigo conhecer melhor.”* (sic).

*“Ajudou-me muito, principalmente tentando ultrapassar problemas.”* (sic).

*“Na medida em que aprendi por vezes como gerir as próprias emoções.”* (sic).

*“Fiz-me compreender melhor.”* (sic).

“Muito bom.” (sic).

“Toda a importância.” (sic).

“Sim, foi muito benéfico porque me sinto mais liberta de todas as confusões.” (sic).

**Comparação** – De uma forma geral todos os participantes referem ter beneficiado da presença no projeto sabedoria das emoções. Um participante afirma ter tido a possibilidade de se “conhecer melhor”, outro afirma ter aprendido a “*gerir as próprias emoções*”, outro a “*compreender-se melhor*”.

❖ **Contextualização da significância das perguntas pré e pós intervenção.**

Pergunta	Temática Associada
1 - No dia-a-dia que importância atribui ao seu bem-estar mental?	Importância saúde mental automotivação
2 - Na maioria das vezes, consegue identificar no seu quotidiano as emoções e/ou sentimentos que vivencia?	Autoconsciência
3 - Por norma, qual a sua facilidade em lidar/gerir as suas emoções e/ou sentimentos?	Gestão de emoções
4 - Quando tem maior dificuldade em lidar/gerir as suas emoções e/ou sentimentos, de que forma isso afeta o seu bem-estar mental?	Correlação entre gestão de emoções e saúde mental
5 - Costuma pensar sobre as suas próprias emoções e/ou sentimentos?	Autoconsciência
6 - Acha importante ter mais conhecimento sobre gestão de emoções e sentimentos?	Gestão de Emoções Automotivação
7 - No dia-a-dia, costuma dar importância às emoções e sentimentos das outras pessoas?	Empatia/Relacionamento de Grupo
(Pré Intervenção) 8 - O que espera destas sessões?	Expectativas fase ao projeto Automotivação
(Pós Intervenção) 8 - Em que medida o Projeto <i>Sabedoria das Emoções</i> foi benéfico para o seu quotidiano?	Contributo da participação no projeto.

Quadro I – Contextualização da temática associada às perguntas pré e pós Intervenção.



❖ **Síntese dos resultados**

<p><b>Pergunta 1</b> - Importância saúde mental - Automotivação</p>	<p>São agora mais os participantes a referir atribuir importância à sua saúde mental. Demonstrando-se motivados para o fazer.</p>
<p><b>Pergunta 2</b> - Autoconsciência</p>	<p>Existem mais participantes a referir conseguir identificar emoções e/ou sentimentos que vivenciam, o que se poderá traduzir numa maior autoconsciência.</p>
<p><b>Pergunta 3</b> -Gestão de emoções</p>	<p>Existe um aumento do número de participantes que refere conseguir gerir melhor as emoções do dia-a-dia.</p>
<p><b>Pergunta 4</b> - Correlação entre gestão de emoções e saúde mental</p>	<p>Os participantes mantêm o reconhecimento da correlação entre a gestão emocional e a saúde mental.</p>
<p><b>Pergunta 5</b> - Autoconsciência</p>	<p>Os participantes revelam pós-intervenção uma maior facilidade em pensar nas suas emoções e sentimentos e por isso níveis de autoconsciência.</p>
<p><b>Pergunta 6</b> - Gestão de Emoções - Automotivação</p>	<p>Pré-intervenção os participantes consideravam importante a obtenção de conhecimentos sobre gestão de emoções, e pós intervenção refutam essa mesma importância.</p>
<p><b>Pergunta 7</b> - Empatia - Relacionamento de Grupo</p>	<p>Aumentou o número de participantes a referir empatia na relação com os outros.</p>
<p><b>Pergunta 8</b> <b>Pré Intervenção</b> - Expectativas fase ao projeto. - Automotivação.</p>	<p>Todos os participantes referiam motivação para participar no projeto para participar no projeto.</p>
<p><b>Pós-Intervenção</b> - Contributo de participação no projeto.</p>	<p>Todos os participantes referem ter beneficiado da presença no projeto.</p>

Quadro II- Síntese da comparação de resultados fase à temática associada

### ❖ **Outros resultados**

O quebra gelo inicial foi bastante importante para dar a conhecer aos possíveis participantes o projeto, assim como para também ficar a conhecer desde inicio algumas características dos possíveis participantes, podendo assim adequar os conteúdos à população-alvo, e se possível cativar desde logo p os participantes para a assiduidade ao projeto.

Importa salientar que os participantes tiveram uma assiduidade de 100%, manifestando sempre interesse e participando de forma ativa nas sessões propostas.

Questionário de avaliação da satisfação com as sessões os participantes apresentam uma classificação global de “muito satisfeito” o que correspondeu a 100%.

Os técnicos ██████████ fizeram também chegar um feedback bastante positivo sobretudo em comparação com outros projetos semelhantes anteriormente realizados. Tendo ainda sido solicitada a publicação dos resultados no caderno de atividades ██████████

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Segundo Goleman, independentemente do contexto os indivíduos terão melhor desempenho emocional quanto maiores forem as suas competências sobre a autoconsciência; gestão das emoções; automotivação; empatia e gestão de relacionamentos em grupo (Goleman, 2012).

Nos resultados demonstrados anteriormente, podemos observar que nas competências autoconsciência, gestão de emoções, e empatia, existe uma melhoria significativa dos resultados face aos resultados da pré-intervenção.

As competências de gestão de relacionamentos em grupo e de automotivação apresentam-se mais subentendidas nas respostas. No entanto, com o decorrer das sessões tornou-se evidente um intensificar do conhecimento sobre estas competências.

As competências emocionais não são inatas, mas sim habilidades aprendidas que exigem treino e dedicação de forma a serem trabalhadas e desenvolvidas para alcançar um melhor desempenho (Goleman, 2012).

Todos os participantes reconhecem *insight* sobre a importância à saúde mental, sendo que a expressão de importância se intensificou no questionário de pós intervenção, onde cinco participantes referiram dar “*muita importância*” à sua saúde mental. Importa ainda referir que os mantêm o reconhecimento da correlação entre a gestão emocional e a saúde mental.

De uma forma geral todos os viram as suas expectativas em relação ao projeto serem alcançadas, o que enquanto principal responsável pela sua consecução é bastante significativo.

As limitações destes resultados podem prender-se sobretudo com o tipo de avaliação escolhida, no caso um questionário, que poderiam na minha opinião ser revisto e melhorado por forma a conseguir espelhar ainda melhor os resultados/ganhos deste projeto, assim como o facto da limitação temporal não ter permitido a realização de um *follow-up*.

Tratando-se de um projeto de Intervenção Psicoeducativa sobre uma temática praticamente desconhecida para os participantes, os resultados demonstram que estas sessões contribuíram para o desenvolvimento de competências que proporcionam inteligência emocional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Socialmente, deveríamos não assumir de antemão que experiência de vida é sinónimo de inteligência emocional. Projetos como este promovem a saúde mental positiva e por consequência minorando a prevalência de síndromes depressivos e de deterioração neurológica na pessoa idosa.

Saliento a importância de parcerias como a existente entre a UCC [REDACTED] e o [REDACTED], pois só assim num curto espaço temporal se podem desenvolver projetos destas características.

Evidencio ainda, o imprescindível contributo do [REDACTED], não só neste projeto em específico, também na dinamização e promoção de um envelhecimento ativo para a população do [REDACTED]

Este projeto revelou-se muito enriquecedor, uma vez que o desenvolvimento de uma intervenção psicoeducativa sobre inteligência emocional para uma população idosa, acarretou diversos desafios sobretudo em relação à população alvo, no que respeita à abordagem, à partilha, à adaptação ao contexto, desafios esses que julgo ter conseguido mitigar ao longo destas sessões, tendo sempre presente aquelas que são as competências específicas de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e apropriando-me de uma linguagem de especialista, mesmo quando essa passava por assumir uma linguagem natural.

A opção pelo uso de um questionário de avaliação poderá ser revista e melhorada. A cada sessão foi ensinada/instruída/treinada uma técnica de respiração abdominal, com a finalidade de promover um melhor autocontrolo e gestão diária das emoções, no entanto por lapso ficou a faltar uma pergunta sobre a temática.

Apesar dos resultados serem positivos, não podem ser extrapolados para populações semelhantes, devendo este tipo de projeto deve almejar o carácter de melhoria contínua e carece de replicação em diferentes contextos, para assim poder aferir a sua fiabilidade. Os objetivos propostos foram sem dúvida atingidos no decorrer destas semanas de intervenção.

Geracionalmente, foi perceptível que estes participantes de infância humilde foram educados num tempo cujas emoções ficavam num outro plano, onde o importante era o subsistir. Em si, estas sete mulheres, têm imensas vivências, imensos eventos trágicos e também felizes,

imensa sabedoria de vida, e os resultados deste projeto demonstram que a partir de agora também mais sabedoria na sua gestão de emoções.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Baptista, C.; Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios*. Pactor.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Edições Almedina, S.A.
- Chamorro-Premuzic T; Bennett, E.; Furnham A. (2007). The Happy Personality: Mediatl Role of Trait Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*. (42). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886906004363>.
- Del Valle, I. & Castillo, M. (2010). Inteligencia Emocional: Una revisión del concepto y líneas de investigación. *Cuadernos de Estudios Empresariales*. 20. <http://revistas.ucm.es/index.php/CESE/article/view/38963/37595>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Plano Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Ferra, C. (2020) Conceção de um programa de saúde mental positiva para doentes oncológicos: Intervenção especializada em enfermagem. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33592>.
- Fragoso, V. & Chaves, M. (2012). *Educação Emocional para Séniores*. Viseu: Psicossoma Edições
- Goleman, D. (2001). Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Objetiva.
- Goleman, D. (2003). *Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e os outros*. Campus.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. (5 ed.). Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Gonçalves, A. (2004). Métodos e Técnicas de Investigação Social I - Programa, Conteúdo e Métodos de Ensino Teórico e Prático. <https://tendimag.files.wordpress.com/2012/09/mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-deinvestigac3a7c3a3o-social-i.pdf>.

- Lima A, Martins M, Ferreira M, Coelho A, Schoeller S, Parola V. (2021). Nursing practice in the promotion of the elderly's autonomy. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0029>.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence? Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic
- Mayer, J. (2000). Emotion, intelligence, and emotional intelligence in J. P. Forgas (Ed.). *The Handbook of Affect and Social Cognition*, 410-43, Mahwah.
- Moreira, P. (2022). *Inteligência Emocional - uma abordagem prática*. Idioteque.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sequence=6).
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Mental Health in Older Adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- Pocinho, R. (2014). Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Valencia, Espanha.
- Queirós, M., Fernández-Barrocal, P., Extremera, N., Carral, J., & Queirós, P. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9(1), 199-216. [https://mypages.unh.edu/sites/default/files/jdmayer/files/valid\\_e\\_fiabilidade\\_da\\_vers\\_portuguesa\\_modificada\\_da\\_tmms.pdf](https://mypages.unh.edu/sites/default/files/jdmayer/files/valid_e_fiabilidade_da_vers_portuguesa_modificada_da_tmms.pdf).
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. (15). [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).
- Sá, P.; Costa, A.; Moreira, A. (2021). Reflexões em Torno de Metodologias de Investigação Universidade de Aveiro. (2). [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao\\_Vol2\\_Digital.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao_Vol2_Digital.pdf).
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.

- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/144807/1/650125.pdf>.
- Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624–1636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024>.
- Vieira-Santos, J.; Lima, D.; Sartori, R.; Muniz, M. (2018). Inteligência emocional: revisão internacional da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. vol.9. n.2. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2236-64072018000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072018000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Zaki H., Abd-Elrhaman S., & Ghoneimy A. (2018). The Effect of Emotional Intelligence Program on Decision Making Style. *American Journal of Nursing Research*, (6), 524-532. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/6/21>.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 22(1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>.



**APÊNDICE VIII**

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: TREINO DE ASSERTIVIDADE**

## APÊNDICE VIII - INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: TREINO DE ASSERTIVIDADE



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
Estágio com Relatório

**Autoras:** Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: janeiro 2023

### INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: TREINO DE ASSERTIVIDADE

#### ❖ Enquadramento Teórico

Segundo o Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (2022), os cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) têm por finalidade reabilitar, integrar e promover a autonomia das pessoas com doença mental grave (DMG) da qual resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente das suas idades. E, de acordo com o Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (2021), a estratégia de atuação na recuperação da pessoa com doença mental grave direcionando assim a prática no sentido da prestação de cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação), tendo por finalidade última a reabilitação e a inserção social da pessoa.

O EEESMP tem um papel preponderante no assistir a pessoa na identificação de situações problema, ajudando-o no autoconhecimento, no estabelecimento de prioridades e na aquisição e implementação de estratégias individuais de melhoria (Sampaio et al., 2014), com recurso à mobilização de conhecimento e “(..) da consciência de si enquanto instrumento terapêutico(..)” (Regulamento n.º 515/2018 da OE 2018), ou neste caso em

específico através de planeamento, execução e avaliação de intervenções psicoterapêuticas que visem reabilitar e fomentar o *empowerment* da pessoa assistida. Esta intervenção psicoterapêutica de treino de assertividade assume especial importância para o desenvolvimento e consolidação de competências sociais e de interação, uma vez que a comunicação é um processo interpessoal/social que envolve dinâmicas comunicacionais com componentes verbais e não verbais, ocorrendo trocas de informações e ideias (Querido, et. al, 2020).

Para Castanyer (2021) a assertividade é a capacidade de fazer valer os próprios direitos, sem se deixar manipular e sem manipular os outros.

O modelo da assertividade assenta em duas vertentes: a primeira associada ao paradigma do condicionamento respondente, isto é, representa a dificuldade da pessoa em estabelecer uma relação, resultando do aumento da ansiedade o que dificulta e representa um efeito inibidor do seu desempenho social, sendo que neste caso recorrendo a técnicas de descondicionamento a pessoa consegue melhorar a sua interação; a segunda vertente está relacionada com o paradigma operante, onde se verifica que a incapacidade social é uma consequência da dificuldade de controlo de estímulos ou a problemas específicos na aprendizagem de interações sociais (Garcês, 2018).

Existem assim 4 estilos de comunicação sendo eles: a comunicação assertiva, passiva, passiva-agressiva e agressiva.

Na comunicação assertiva, as pessoas defendem os seus direitos básicos, sem que para isso interfiram nos direitos básicos dos outros. Conseguem expressar-se de modo aberto e honesto, assumindo a responsabilidade pelos próprios atos, deixando os outros fazerem também as suas escolhas. Mantendo este tipo de comportamento as pessoas estabelecem relações agradáveis e satisfatórias com os outros (Querido, et. al, 2020).

Na comunicação passiva, também denominada de comunicação não assertiva, as pessoas procuram de forma constante agradar aos outros, sendo que para isso por vezes, negam os seus próprios direitos. Este tipo de pessoas por norma não demonstram os seus verdadeiros sentimentos, aumentando assim sentimentos de ansiedade e magoa, tendo em conta que as decisões são em regra geral tomadas pelos outros. Apresentam-se normalmente com uma voz fraca e hesitante, representativa de se sentirem pouco à vontade nas interações interpessoais (Querido, et. al, 2020).

A comunicação passiva-agressiva é outro dos tipos, sendo que nesta as pessoas, apresentam um comportamento desleal, manipulador, bastante crítico e até sarcástico. Estes acabam por assumir atos passivos de não confrontação, para defender os seus direitos. Assim, este tipo de pessoas, acabam por permitir que os outros decidam as escolhas por elas, contudo à posteriori, tendem a resistir às mesmas adotando para isso

comportamentos passivos tais como o procrastinar e a teimosia. Estas pessoas geralmente apresentam um baixo nível de confiança pois, sentem-se usadas (Querido, et. al, 2020).

Por fim na comunicação agressiva, as pessoas defendem os seus direitos básicos, sendo que para isso, não respeitam aquilo que são os direitos dos outros, em contrapartida à comunicação assertiva. Geralmente estas pessoas apresentam comportamentos de superioridade, são frios e muitas vezes sem emoção, pelo que as relações interpessoais são prejudicadas (Querido, et. al, 2020).

Perante isto podemos entender por assertividade a capacidade da pessoa, em termos comunicacionais, que possibilita à mesma a expressão de sentimentos, pensamentos, valores e crenças, defendendo uma determinada posição de forma calma, sem que para isso interfira com os princípios dos outros (Sequeira, 2020).

Importa ainda referir que esta técnica comunicacional é de grande importância pois permite ao profissional de saúde nomeadamente aos enfermeiros e utentes, expressarem a sua opinião de forma clara, afirmando aquilo que quer, pensa e sente, recorrendo à comunicação verbal e não verbal, sem invadir o espaço do outro (Sequeira, 2020).

Sendo estes os três pontos fundamentais no desenvolvimento da assertividade, onde a pessoa desenvolve a capacidade de expressar os seus sentimentos (positivos e negativos), discordar do que os outros pensam e saber dizer que não, fazer e receber críticas construtivas, assumir responsabilidades, solicitar a mudança de comportamentos, fazer perguntas e pedidos de ajuda, bem como de fazer e receber elogios (Querido et. al, 2020; Sequeira, 2020).

A assertividade pode e deve ser treinada, com a finalidade de aumentar a capacidade/potencial das pessoas serem mais verdadeiras consigo próprias bem como com os outros, em função do que são os seus interesses e necessidades. Assim o treino da comunicação assertiva revela-se de grande importância ao nível das competências sociais tendo em conta que a sua correta utilização torna não só a interação social mais satisfatória bem como melhora a autoconfiança e a autoafirmação (Sequeira, 2020).

Existem inúmeras técnicas para a realização desde treino tais como a técnica dos 5 eus's, a técnica do disco riscado, a técnica do colete, a técnica de mudança de tema, a técnica do acordo assertivo, bem como a técnica da pergunta assertiva.

Uma das técnicas para apresentar uma comunicação assertiva, consiste na utilização da resposta assertiva recorrendo à técnica dos 5 Eu's. Estes são: Eu vejo (descreve sem dar opinião); Eu penso (interpretação e análise da situação); Eu sinto (expressa um sentimento ou emoção); Eu quero (tomada de decisão individual) e Eu pretendo (descreve o objetivo e a finalidade). Assim através desta técnica a pessoa descreve a situação, manifesta o que

pensa sobre a mesma, expressa sentimentos (positivos e/ou negativos), especifica o seu pedido e determina o que pretende obter da mesma (Querido et. al, 2020; Sequeira, 2020). Para além da resposta assertiva a conversação/comunicação verbal e não-verbal é o instrumento crítico para a interação com o outro começando num simples cumprimento, e incluindo na sua continuidade, uma série de diálogos, questões e respostas até terminada essa mesma conversação. Assim é necessário usar um conjunto de estratégias não verbais/comportamentais tais como : o contacto visual intermitente, que transmite o interesse pelo que o outro diz; a postura corporal assertiva em que a pessoa se inclina ligeiramente na direção da outra demonstrando o seu interesse; manter a distância correta não invadindo o espaço pessoal do outro; a gesticulação é outra fator importante que dá força ao que é dito, bem como a expressão facial; a sonoridade/tom da voz, velocidade volume e fluência no discurso (Melo-Dias, 2014; Querido et. al, 2020).

Também Ranger (2011), citado por Nepomuceno e Conceição (2020) no treino de assertividade, a pessoa é orientada a apresentar respostas adequadas a situações específicas, e é treinada através da experiência comportamental que inclui a psicoeducação sobre o conceito de comportamento assertivo, o treino da identificação de respostas assertivas; a identificação de situações nas quais a pessoa se apresenta inibida de respostas positivas de autoexpressão, demonstrando um comportamento de submissão inadequada ou em contrapartida de agressividade; o treino de respostas adequadas (role-playing), através da reprodução de situações da vida real que geram desconforto à pessoa, com recurso por exemplo à repetição de respostas não assertivas que a mesma tem e o “terapeuta” reformula e transforma-as para uma forma mais assertiva. De seguida é realizada a troca de papéis onde permite à pessoa exprimir de forma direta e apropriada as suas emoções.

Os mesmos autores referem ainda que os pontos mais importantes a serem abordados e trabalhados são a pessoa efetuar um pedido adequado à situação, com recurso a um tom de voz apropriado, claro e calmo, exprimir os seus próprios sentimentos, descrever claramente o que deseja na interação com a outra pessoa, bem como evitar suposições sobre possíveis motivos que os outros teriam para tratá-lo de uma ou de outra maneira (Nepomuceno & Conceição, 2020).

O desenvolvimento do projeto do treino da assertividade torna-se fundamental para promover o treino de competências psicossociais da pessoa com doença mental grave, pois na sua maioria é possível identificar o foco de atenção associado à dificuldade de expressar pensamentos, sentimentos e emoções e conseqüentemente apresentar dificuldade na interação social, assim esta intervenção psicoterapêutica apresenta-se como uma ferramenta imprescindível para promover a reabilitação e a inserção social.

Importa salientar que o treino da assertividade pode conferir um elevado grau de exigência para a pessoa com doença mental grave, sendo esta uma intervenção complexa, pelo que este projeto é apenas uma linha orientadora não estanque que terá de ser ajustado à pessoa assistida.

## ❖ PLANO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: Treino De Assertividade

**Contexto:** ██████████

**Objetivo geral:** Capacitar as pessoas ██████████, com diagnóstico de doença mental grave, com estratégias que contribuam para a facilitação do processo de interação social.

**Objetivos específicos:**

- Identificação de padrões comunicacionais não assertivos;
- Promoção da formação, instrução e o treino da comunicação assertiva;
- Promover a melhoria de comportamentos assertivos;

**População alvo:** Utentes internados na ██████████ com diagnóstico de doença mental grave

**Número de Sessões:** 6 sessões individuais ou/em grupo, que incluem a sessão zero e a sessão de avaliação final.

**Duração das Sessões:** 45 a 60 minutos.

**Recursos:** Canetas, folhas de papel A4, sala, cadeiras, computador, caderno para diário.

**Dinamizadores:** Estudantes do MESMP e supervisão da EEESMP ██████████

**Parcerias:** Enfermeiros do serviço (enfermeiro orientador), psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional.

**Sessões:**

**Sessão 0** – Introdução

**Sessão 1** – O que é Assertividade?

**Sessão 2** – Os 5 “eu’s” da Assertividade.

**Sessão 3** – Expressar sentimentos agradáveis e desagradáveis.

**Sessão 4** – Saber Dizer Não / Saber pedir.

**Sessão 5** – Avaliação.

**Avaliação de resultados:**

Aplicação do Teste da Assertividade de Townsend (2011) adaptado de Loyd (2002) a fim de identificar as áreas nas quais existem maiores dificuldades de assertividade. Sendo que este será aplicado pré e pós o término desta intervenção psicoterapêutica.

Avaliações intermédias devem ser executadas, através da solicitação da construção por parte da pessoa de frases chave de resumo da sessão, bem como a validação do interesse e realização dos TPC's solicitados. Durante as sessões poderá recorrer-se a exercícios práticos de treino da assertividade.

As sessões de intervenção deverão ser prolongadas no tempo, caso se verifique por parte da pessoa assistida dificuldade na compreensão e transposição para o seu quotidiano das competências adquiridas. Preconiza-se ainda a realização de um *Follow up*, um mês após o final da intervenção.

**Resultados esperados:**

Com a intervenção estruturada e sistematizada pretende-se que as pessoas assistidas desenvolvam competências e técnicas de comunicação assertiva, bem como os respetivos comportamentos adequados, a fim de promover a sua reabilitação psicossocial e respetiva facilitação no processo de integração/sociabilização.

### Teste de Assertividade

Fonte: Townsend (2011) adaptado de Loyd (2002)

Atribua um número de 1 a 5 a cada item utilizando a seguinte escala 1= Nunca; 3=Por vezes; 5= Sempre.

	1	2	3	4	5
1 - Peço aos outros para me fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso					
2 - Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer digo "não" sem me sentir culpado ou ansioso					
3 - Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas					
4 - Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como o meu chefe)					
5 - Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.), verbalizo-os facilmente					
6 - Quando exprimo raiva faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso					
7 - Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo					
8 - Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo					
9 - Quando cometo erro, reconheço-o					
10 - Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema					
11 - Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente					
12 - Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de "loucas", "estúpidas", "ridículas" ou "irracionais"					
13 - Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas a outros					
14 - Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante de que posso aprender a fazê-lo					
15 - Acredito que as minhas necessidades são tão importantes quanto as dos outros e tenho direito a ter as minhas necessidades satisfeitas					

#### Interpretação da pontuação total da escala

**60 pontos ou mais** – tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações

**45-59 pontos** – tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade

**30-44 pontos** – pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva.

Sugere-se treino de assertividade

**15-29 pontos** – tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castanyer, O. (2021). *La asertividad – expresión de una sana autoestima*. 43ª ed. Desclée de Brouwer
- Garcês, A. (2018). *Programa de Competências Sociais e o Seu Impacto em Adultos com Incapacidade Intelectual*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório científico digital da Universidade da Madeira. <https://digituma.uma.pt/handle/10400.13/2102>
- Galvão, R. (2020). *Treino de competências sociais da pessoa com esquizofrenia: intervenção especializada em enfermagem de saúde mental no domínio do funcionamento social*. [Mestrado em Enfermagem em Associação, Instituto Politécnico de Portalegre], Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35204>
- Melo-Dias, C. (2014). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361>
- Nepomuceno, A. & Conceição, J. (2020). Técnica 04: Treino de assertividade. In Conceição, J., & Buena, G., *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental*. (pp. 16-17) <https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-de-mental/full-view.html>.
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). Evidências em saúde mental: da conceção à ação - Treino de Assertividade. Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4780>
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. (ed. esp. 1). [https://www.researchgate.net/publication/263473711\\_A\\_intervencao\\_psicoterapeutica\\_em\\_enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_Conceitos\\_e\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/263473711_A_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_de_saude_mental_Conceitos_e_desafios).
- Sequeira, C. (2020). Treino da assertividade. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1<sup>o</sup> ed., pp. 174-176). Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6a ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.). Lusociência.

**APÊNDICE IX**  
**Projeto AcompanhadaMente**  
**PROJETO PSICOEDUCATIVO PARA OS FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA**  
**MENTAL GRAVE**

## **APENDICE IX Projeto AcompanhadaMente**



### **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Autoras:** Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: Janeiro 2023

## **Projeto AcompanhadaMente**

### **PROJETO PSICOEDUCATIVO PARA OS FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE**

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental o mesmo refere que das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas, sendo que os estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas bem como os problemas de saúde mental, tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e respetiva morbilidade, nas sociedades (DGS, 2017).

Também o ministério da saúde em 2021 refere que a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal. Reforçam ainda que as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando assim Portugal no segundo lugar entre os países europeus, facto este considerado preocupante. Sendo que 60% destes doentes não tem acesso a cuidados de saúde mental (Decreto-Lei n.º 113/2021).

A lei da saúde mental veio sendo reformulada ao longo do tempo com o intuito da integração da saúde mental na rede hospitalar de cuidados gerais, promovendo o encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos associado a uma aposta no

desenvolvimento de cuidados em ambulatório e na comunidade, de que é exemplo o alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados às pessoas com doença mental. Também a lei de bases da saúde indo ao encontro da mesma premissa, estabelece que os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade (Decreto-Lei n.º 113/2021).

Contudo a desinstitucionalização só pode ser bem-sucedida se as pessoas com doença mental encontrarem na comunidade recursos organizados que promovam suporte e orientação, pelo que os serviços de saúde mental deveriam disponibilizar aos familiares da pessoa com doença mental grave, um conjunto de informações sobre a doença e como lidar com ela, assim como esta informação/formação, deveria ser articulada com os diferentes profissionais de saúde (Carvalho, J., 2012b). Não esqueçamos que de acordo com Marinheiro 2002, a família é um ponto de referência tido como fundamental em situações de crise, de doença, de sofrimento, sendo considerada um pilar, privilegiado no que respeita à socialização da pessoa com doença mental grave, e que permite aos indivíduos influenciarem-se mutuamente no contacto com as diferentes gerações (Cruz, 2005).

Marinheiro, 2002 afirma ainda que as famílias são células estruturais das sociedades, sendo estas o primeiro e mais marcante espaço de realidade humana, assim como o primeiro contacto com princípios éticos, sociais, espirituais, cívicos e educacionais. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é definida como uma *“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.”* (OE, 2011, p.115).

Para Relvas (2004) independentemente do tipo de família que analisarmos, todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções que correspondam às expectativas sociais, o mesmo autor caracteriza a família como uma rede complexa de relações e emoções na qual se transmitem sentimentos e comportamentos, com as devidas alterações que vão surgindo ao longo do ciclo vital. Figueiredo 2009, corrobora afirmando que a família pode ser compreendida como um sistema de grande complexidade, não só nas relações como também nas emoções,

sendo uma unidade em transformação e promovendo a sua capacitação face às suas exigências, decorrentes das suas transições.

No nosso dia-a-dia, no desempenho das nossas funções observamos a importância preponderante que a família pode desempenhar na reabilitação da funcionalidade da pessoa com doença mental grave sendo, no entanto visível, que muitas famílias apresentam dúvidas e dificuldades, sobretudo com o aproximar do regresso a casa. De uma forma geral, ao longo dos anos foi aumentando o conhecimento sobre quais as principais necessidades das famílias das pessoas com doença mental grave, com o intuito de imponderar as mesmas com conhecimento e estratégias, diminuído assim o impacto da doença, bem como o stresse e sobrecarga do cuidador, atualmente tão evidenciados.

Este programa psicoeducativo para os familiares da pessoa com doença mental grave visa sobretudo a sua capacitação com conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família.

Segundo Brito, 2011 qualquer intervenção à pessoa com doença mental grave só se poderá tornar mais efetiva quando engloba a família no seu contexto. Para Felícia 2016, negligenciar a família e o contexto envolvente à pessoa poderá traduzir-se em sofrimento para mesma e para os que lhe são próximos, que são na maioria das vezes a família. Assim, conhecer as características da família é fundamental, pois, é nesta que se procura uma cooperação vital que permita uma continuidade dos cuidados, para que seja possível uma gestão eficaz ao regime terapêutico e consequente reabilitação e integração na sociedade, bem como na prevenção de possíveis recaídas (Carvalho, J., 2012b).

É sabido que as pessoas com doença mental grave se apresentam geralmente com comportamentos apáticos, retraídas, socialmente isoladas, bem como não se envolvem frequentemente em relacionamentos íntimos; resultante dos sintomas positivos da doença, como por exemplo os delírios e alucinações, assim como dos sintomas negativos (Melo-Dias, 2014).

Deste modo para a família o impacto do diagnóstico, o estigma social, a dependência familiar e as implicações de cronicidade, o desconhecimento sobre a doença e como lidar com os comportamentos associados, e possíveis recaídas, pode gerar elevados níveis de stress e de sobrecarga na família, pouco benéficos sobretudo aquando da tentativa de reintegração da pessoa no seu contexto familiar e comunitário. Em algumas das situações esta sobrecarga familiar pode conduzir a outros problemas,

tais como conjugais, perturbação da rotina diária, isolamento social e sobrecarga financeira (Zipursky e Schulz, 2003).

Alguns autores afirmam existir uma relação diretamente proporcional, entre a doença mental e a sobrecarga familiar sentida (Magliano, et al., 2002). O aumento constante da sobrecarga pode conduzir progressivamente os familiares cuidadores a um processo patológico do qual poderá surgir depressão, ansiedade e doenças psicossomáticas (OMS, 1998, Rose, et al., 2004).

A literatura sugere que a sobrecarga muda ao longo do tempo, podendo ser influenciada pela sintomatologia ativa da pessoa com doença mental, a fase da doença, e as estratégias de coping familiares existentes (Magliano, et al., 2000). Alguns estudos indicam que a sobrecarga é inversamente proporcional ao tamanho e qualidade da rede social de apoio, sendo que quanto maior e melhor for a rede social de apoio, menor será a sobrecarga sentida pela família (McFarlane, 2002).

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental psiquiátrica define a psicoeducação como uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa/família sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão na mesma (Regulamento n.º 515/2018). Pelo que dentro da equipa multidisciplinar o enfermeiro pode assumir um papel preponderante e crucial uma vez ser detentor destas competências, assim como da capacidade de avaliar as principais necessidades da pessoas com doença mental grave, e das suas famílias, podendo estabelecer programas como é o caso deste, que lhe permitam dotar os familiares da pessoa como a doença mental grave de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família. Pois de acordo com Eaton et al. (2011), os familiares cuidadores esperam não só informação sobre a doença, mas também suporte e informação sobre como lidar com a situação.

A utilização de intervenções psicoeducativas, de uma forma mais ou menos estruturadas é uma das principais ferramentas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pois estas permitem a capacitação da pessoa com doença mental grave bem como a sua família, promovendo um aumento da compreensão do problema de saúde, capacitando-as a participar de forma ativa no processo de tratamento (OE, 2021). Esta intervenção não é exclusivamente educativa, como refere a Ordem dos Enfermeiros, 2015, sendo que a mesma não é um tratamento, mas é projetada para ser parte de um plano global de tratamento.

As intervenções psicoeducativas dirigidas aos familiares devem ser adaptadas à fase específica da doença e direcionadas para o sofrimento emocional da família, sendo para isso necessária uma avaliação prévia das características e necessidades desta (Hamaie et al. 2016). Os resultados esperados destas intervenções visam sobretudo a obtenção de ganhos no que respeita ao conhecimento e às estratégias dos familiares, procurando assim minimizar as suas principais dificuldades, e consequentemente a facilitação recuperação da pessoa com doença mental grave, algo só possível através de uma estreita colaboração entre os intervenientes (Brito, 2011).

A psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com doença mental (Pinho, 2020). De acordo com os mesmos autores, as temáticas mais prementes neste tipo de intervenção psicoeducativa deveram estar relacionadas com o conhecimento sobre o processo de doença e a forma como estes lidam com a mesma, sendo possivelmente necessária a mudança de comportamento. O conhecimento sobre técnicas para a resolução de problemas, de diminuição do stress familiar, reajuste de expectativas e conhecimentos sobre o suporte social são também fundamentais para o desenvolvimento funcional destas famílias. (Pinho, 2020).

O projeto de intervenção psicoeducativa Acompanhadamente apresenta características genéricas, sobre as principais necessidades das famílias das pessoas com doença mental grave observadas na literatura atual, e na experiência no contexto da prática, no entanto poderá existir necessidade de definir planos de intervenção individualizados, flexíveis e passíveis de alterações consoante a evolução das sessões de psicoeducação e as necessidades da família da pessoa com doença mental grave.

Importa referir que o desenvolvimento deste projeto tem por base os guias de boas práticas da pessoa com doença mental grave e o guia dos cuidados continuados integrados em saúde mental, sendo também sustentado no regulamento nº 515/2018 OE, das competências específicas.



## **PLANO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE**

**Contexto:** [REDACTED]

**Objetivo geral:** Capacitar os familiares de pessoas com diagnóstico de doença mental grave, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família.

### **Objetivos específicos:**

- Aumentar os conhecimentos das famílias e cuidadores, sobre as doenças mentais graves e formas de tratamento;
- Promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e de sobrecarga do cuidador;
- Melhorar as estratégias de coping utilizadas pela família;
- Facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família;
- Facilitar o regresso da pessoa com doença mental grave ao seu contexto familiar e social, reduzindo o número de recaídas e reinternamentos.

**População alvo:** Cuidadores e famílias dos utentes internados na [REDACTED] com diagnóstico de doença mental grave.

**Duração:** Sessões grupais e/ou sessões individuais de 60 minutos cada, realizadas quinzenalmente nos primeiros 2 meses após internamento, posteriormente passado um mês, a quando a primeira avaliação do plano individual de intervenção, e a cada três meses até ao momento da alta.

**Recursos:** Canetas, folhas de papel A4, sala, cadeiras, computador, folhetos.

**Dinamizador:** Estudantes do mestrado de saúde mental e psiquiátrica e supervisão da EEESMP [REDACTED]

**Parcerias:** Enfermeiro EESMP, assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, outros profissionais que se verifiquem como necessários.

### **Regularidade das Sessões**

**Sessão 0** – Sessão de abertura e acolhimento dos participantes

- Sessão 1** – (15 dias após admissão) - A Doença Mental Grave
- Sessão 2** – (30 dias após admissão) - A Doença Mental Grave e a Família
- Sessão 3** – (45 dias após admissão) - A Doença Mental Específica
- Sessão 4** – (60 dias após admissão) – Regime Terapêutico
- Sessão 5** – (90 dias pós admissão) - A Prevenção da Recaída
- Sessão 6** – (6 meses após admissão) - A relação com a pessoa com doença mental grave
- Sessão 7** – (9 meses após admissão) - O Cuidador
- Sessão 8** – Sessão de Encerramento

### **Instrumentos de Avaliação:**

- Dados sociodemográficos (Apêndice II).
- Sobrecarga do cuidador de Zarit (Apêndice III) – É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal de forma objetiva e subjetiva incluindo informações sobre as componentes da saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Na versão utilizada (escala tipo likert de 1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que quanto maior for score, maior será a percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa.
- Questionário inicial e final (Apêndice IV e V) – Questionário de avaliação de conhecimentos adaptado, tendo por base o questionário de conhecimento acerca da esquizofrenia adaptado e validado por Barreto Carvalho & Barreto, 2007, para a população portuguesa (Pereira, 2015).
- Questionário Registo de Sessão (Apêndice VI) – Questionário de avaliação das sessões intermédias.
- Questionário de satisfação (Apêndice VII).

**Resultados esperados:** Com a intervenção estruturada e sistematizada pretende-se que os cuidadores da pessoa com doença mental grave, fiquem capacitados com conhecimento e estratégias para melhorar a funcionalidade familiar, reduzindo a sobrecarga do cuidador, a fim, de promover a facilitação do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022). *Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia\\_Referenciacao\\_Final.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf).
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., 174-176). Lidel.
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style*. (Ed.7), APA.
- Brito, M. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/5702>.
- Carvalho, J. (2012a). *A psicoeducação como estratégia de suporte aos cuidadores informais das pessoas com esquizofrenia*. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica]. Repositório da Universidade de Évora. <http://www.rdp.uevora.pt/handle/10174/12303>.
- Carvalho, J. (2012b). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (8), 52-57. [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho2/publication/262744932\\_Diagnosticos\\_e\\_Intervencoes\\_de\\_Enfermagem\\_Centradas\\_no\\_Processo\\_Familiar\\_da\\_Pessoa\\_com\\_Esquizofrenia/links/5649fd7808ae295f644f9d53/Diagnosticos-e-Intervencoes-de-Enfermagem-Centradas-no-Processo-Familiar-da-Pessoa-com-Esquizofrenia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho2/publication/262744932_Diagnosticos_e_Intervencoes_de_Enfermagem_Centradas_no_Processo_Familiar_da_Pessoa_com_Esquizofrenia/links/5649fd7808ae295f644f9d53/Diagnosticos-e-Intervencoes-de-Enfermagem-Centradas-no-Processo-Familiar-da-Pessoa-com-Esquizofrenia.pdf).
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Quarteto Editora.
- Decreto-Lei n.º 113/2021. Diário da República: I série n.º 240/2021. 104 – 118. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf).
- Eaton, P., Davis, B., Hammond, P., Condon, E., & McGee, Z. (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice*. [https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=HDW\\_MRKT\\_GBL\\_SUB\\_ADWO\\_PAI\\_DYNA\\_JOUR\\_X\\_PJ\\_Sitelink](https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAI_DYNA_JOUR_X_PJ_Sitelink)

\_10authordiscount&gclid=Cj0KCQiA54KfBhCKARIsAJzSrdpWEed9YVZFuiexyd1zaSWc0I  
oBWE-hecplua\_WINr4rj4gDH-R4-KoaAsAdEALw\_wcB.

- Felícia, F. (2016). *Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença Mental Grave*. [Tese de Mestrado em Enfermagem]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18154>.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Vera Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos da Saúde*, 3(2), 13-19. [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2806-Artigo-5831-1-10-20191107%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2806-Artigo-5831-1-10-20191107%20(3).pdf).
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. [Doutoramento em Ciências de Enfermagem Universidade do Porto]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>.
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (1). Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (1998). *A Esquizofrenia: Informação para as famílias: iniciativa de apoio às pessoas diminuídas pela doença mental*. Genebra: Divisão da Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2*. <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). *Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-de-mental/full-view.html>.
- Magliano, L. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European

- Commission. World Psychiatry: *Official Journal of the World Psychiatric Association*. 4(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/pdf/wpa040045.pdf>.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de ligação*. Quarteto.
- McFarlane, W. (2002). *Multifamily groups in the treatment of Severe Psychiatric Disorders*. The Guilford Press.
- Melo-Dias, C. (2014). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361>.
- Pereira, V. (2015). *Programa de Psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. [Tese de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3581/2/DissertMestradoVanessaMicaelaPont ePereira2015.pdf>.
- Pinho, L. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1<sup>o</sup> ed., pp. 216-219). Lidel.
- Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais: ligações fortes na produção de bem-estar*. Edições Almedina, S.A.
- Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica*. (3). Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento.
- Regulamento n.º 365/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Rose, L., et al. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship*. 36 (1). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04009.x/epdf>.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II (12), p. 9-16. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lidel.

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

Zipursky, R. & Schulz, S. (2003). *As fases iniciais da esquizofrenia*. (1). Climepsi.