



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no contexto prisional

Juliana Branco da Rocha



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Juliana Branco da Rocha
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no contexto prisional

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Setembro de 2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para o sucesso do meu percurso no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em especial: Aos meus pais, por toda a compreensão e acompanhamento desde o primeiro dia e porque esta conquista também é vossa. À minha irmã, companheira de vida e do curso, um agradecimento notório por me motivar a ingressar no Mestrado, pelo companheirismo e por ser a minha motivação diária.

Ao meu namorado Diogo, o meu obrigada por me apoiares quando mais precisei, por acreditares em mim, pela tua compreensão em tantos os momentos de ausência, e por tornares o caminho mais leve contigo do meu lado.

Às minhas amigas, longe ou perto, agradeço-vos por terem caminhado sempre do meu lado e me ajudarem a superar os desafios.

À minha orientadora, Professora Doutora Lara Guedes de Pinho, agradeço toda a dedicação e disponibilidade com que sempre me orientou e motivou durante este percurso académico.

Aos professores que se foram cruzando, agradeço as aprendizagens, momentos de partilha e motivação. Ao Sr. Joaquim e à D. Augusta agradeço toda a empatia e disponibilidade demonstrada desde o primeiro momento na Escola Superior de Saúde.

Às minhas Enfermeiras Tutoras: Mónica Morais, Catarina Vieira, Paula Martins, Sandra Martins e Silvia Vieira e respetivas equipas multidisciplinares, o meu sincero obrigada por todo o acompanhamento, aprendizagens, apoio e orientação cedida nos diversos estágios.

Aos utentes com quem pude desenvolver as minhas competências, agradeço toda a colaboração e confiança.

Aos meus/minhas colegas do curso em especial à Carla Manuel, Vanessa Pereira e Ana Sofia Moreira, que amigas se tornaram, agradeço todos os momentos de partilha, amizade e vivências.

À minha equipa do Serviço das Especialidades Cirúrgicas da Unidade Local de Saúde do Alto Minho agradeço toda a motivação e cooperação a nível laboral.

PENSAMENTO

"Tudo vale a pena quando a alma não é pequena"

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O presente Relatório de Natureza Profissional possui como objetivos relatar e refletir acerca das atividades desenvolvidas durante os estágios para adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), bem como as competências de Mestre.

Para o desenvolvimento das competências foram realizados três estágios em diferentes contextos de intervenção, nomeadamente na comunidade, internamento e respostas diferenciadas, decorridos entre maio de 2025 e março de 2026.

O relato das atividades desenvolvidas tem por base uma metodologia que assenta no processo de enfermagem, em todas as suas etapas, e nos seguintes modelos teóricos: Transições de *Afaf Meleis* e Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*.

O documento encontra-se dividido em 2 partes, sendo que na primeira contém os modelos teóricos que sustentaram o percurso formativo, os contextos clínicos e uma reflexão sobre a aquisição das competências (comuns, específicas e de mestre). Na segunda parte é apresentada uma revisão narrativa sobre a intervenção do EEESMP em estabelecimentos prisionais, bem como uma reflexão sobre a prática baseada na evidência.

A temática da revisão surge devido à realização do estágio de respostas diferenciadas num estabelecimento prisional e à escassez de evidência científica sobre a intervenção do EEESMP neste contexto. Os resultados obtidos demonstram que as intervenções implementadas por enfermeiros nos Estabelecimentos Prisionais assentam na arteterapia, programas de relaxamento, na utilização de terapias complementares, nomeadamente o ioga, e na implementação de programas de promoção da saúde mental. A implementação destas estratégias demonstrou ser eficaz na redução da ansiedade, do stress, de sintomas depressivos, e do risco de suicídio, bem como na melhoria da autoestima.

Conclui-se que o EEESMP desempenha um papel crucial em ambientes complexos, como os estabelecimentos prisionais. Dada a escassez de evidência, é essencial o desenvolvimento de mais investigação na área de forma a dar robustez à prática baseada na evidência e à qualidade dos cuidados especializados prestados neste contexto.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Estabelecimento Prisional; Saúde Mental, Intervenção.

ABSTRACT

This professional report aims to describe and reflect upon the activities carried out during clinical placements designed to develop the common and specific competencies of a Mental Health and Psychiatric Nursing Specialist (EEESMP), as well as Master's-level competencies.

To develop these competencies, three placements were undertaken in different intervention settings—specifically community, inpatient care, and specialized services—between May 2025 and March 2026.

The account of the activities is based on a methodology grounded in the nursing process (covering all its stages) and the following theoretical models: Afaf Meleis's Transitions Theory and Hildegard Peplau's Interpersonal Relations Theory.

The document is divided into two parts: the first outlines the theoretical models underpinning the training journey, the clinical settings, and a reflection on the acquisition of competencies (common, specific, and Master's-level). The second part presents a narrative review of EEESMP interventions in correctional facilities, alongside a reflection on evidence-based practice.

The review topic was selected due to the specialized service placement taking place in a correctional facility and the scarcity of scientific evidence regarding EEESMP interventions in this context. The results demonstrate that interventions implemented by nurses in correctional facilities rely on art therapy, relaxation programs, the use of complementary therapies (such as yoga), and mental health promotion programs. Implementing these strategies proved effective in reducing anxiety, stress, depressive symptoms, and suicide risk, as well as in improving self-esteem.

It is concluded that the EEESMP plays a crucial role in complex environments such as correctional facilities. Given the scarcity of evidence, further research in this area is essential to strengthen evidence-based practice and the quality of specialized care provided in this context.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing; Prison Facility; Mental Health; Intervention.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEIPG - Atividades Estruturadas de Intervenção Programada de Grupo

EADS - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EP - Estabelecimento Prisional

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

NEE - Necessidades Educativas Especiais

PROARR - Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir, Responder

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

Sic – Segundo informação do cliente

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	III
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	0
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	4
1. MODELOS TEÓRICOS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO ACADÉMICO.....	5
1.1. Teoria das Transições de <i>Afaf Meleis</i>	6
1.2. Teoria das Relações Interpessoais de <i>Hildegard Peplau</i>	8
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	10
2.1. Estágio de natureza profissional na comunidade.....	11
2.2. Estágio de natureza profissional em internamento de agudos.....	11
2.3. Estágio de natureza profissional em respostas diferenciadas.....	12
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	15
3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista	16
3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal.....	17
3.1.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade.....	19
3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	20
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	21
3.2 Competências específicas do EEESMP.....	23
3.2.1- No contexto de comunidade	23
3.2.2 – No contexto de internamento de agudos.....	35
3.2.3 – No contexto de respostas diferenciadas.....	47
3.3. O autoconhecimento como competência comum do Enfermeiro Especialista e específica do EEESMP.....	56
3.4. Reflexão sobre a aquisição das competências de MESTRE.....	59
PARTE II - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO PRISIONAL	62
1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	63
2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	74

CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	91
Anexo I – <i>CHECKLIST</i> DE AUDITORIA NO ÂMBITO DA GESTÃO NO EP	92
Anexo II – NORMA INTERNA NO ÂMBITO DOS PRAZOS DE VALIDADE DO EP	93
Anexo III – ETIQUETA UTILIZADA EM PRODUTOS ABERTOS NO EP	94
Anexo IV – ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E <i>STRESS</i>	95
Anexo V - ESCALA DE MBI.....	97
Anexo VI – GUIÃO DA TÉCNICA DE IMAGINAÇÃO GUIADA	99
Anexo VII – ESCALA SOBRECARGA DO CUIDADOR	100
Anexo VIII – BOAS PRÁTICAS PARA A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES.....	101
Anexo IX – SINTOMAS DE CANSAÇO DOS CUIDADORES INFORMAIS.....	102
Anexo X – MEDIDAS DE SUPORTE AO CUIDADOR	103
Anexo XI – ESCALA HADS	105
Anexo XII – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	106
Anexo XIII – ESCALA DA IMPULSIVIDADE DE BARRAT.....	108
Anexo XIV – ESCALA DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH	110
Anexo XV - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO: HUMOR DEPRESSIVO	111
Anexo XVI - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO: COMPORTAMENTO AUTODESTRUTIVO.....	112
Anexo XVII - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO: IDEIAÇÃO SUICIDA.....	113
Anexo XVIII– ESCALA DE AGRESSIVIDADE DE <i>BUSS-PERRY</i>	114
Anexo XIX – INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “COMPORTAMENTO AGRESSIVO”.....	115
Anexo XX – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UNIDOS PELA VIDA	117
Anexo XXI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO I FÓRUM DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO - DESAFIOS E PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES	118
Anexo XXII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS À PSIQUIATRIA: COMO GARANTIR UMA REFERENCIAÇÃO EFICAZ	119
Anexo XXIII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PARTICIPOU NO CURSO DE INTERVENÇÕES PSICOTERAPEUTICAS NA ÁREA DO PENSAMENTO.....	120

Anexo XXIV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: BURNOUT: O CANSAÇO INVISÍVEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	121
Anexo XXV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO COAUTOR NO PÓSTER: A HIPODERMÓCLISE NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM FIM DE VIDA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS	122
Anexo XXVI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO COAUTOR NO PÓSTER: FERIDA NEOPLÁSICA: UM DESAFIO NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	123
Anexo XXVII – COMPONENTES DE UMA REVISÃO NARRATIVA	124
APÊNDICES	125
Apêndice I – OUTROS.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Índice de Figuras

Figura 1 - A Teoria das Transições.....	6
Figura 2 - Pirâmide de necessidades de <i>Maslow</i> e reflexos no contexto de trabalho.....	25
Figura 3 - Exemplos de intervenção no âmbito da promoção da saúde mental no local de trabalho.....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Artigos incluídos na revisão narrativa.....	67
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Opção I- Estágio de Natureza Profissional com Relatório final do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica lecionado pela Escola Superior de Saúde da Universidade Politécnica de Viana do Castelo, no ano letivo 2025/2026. Este, foi realizado sob a orientação da Professora Doutora Lara Guedes de Pinho, com vista a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O principal objetivo deste documento visa relatar e refletir acerca das competências comuns e específicas do EEESMP, bem como das competências de Mestre adquiridas durante os estágios.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 3919/2021 (2021), o programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado contem na sua estrutura curricular a componente clínica em contexto de internamento, comunidade e respostas diferenciadas. Neste sentido, no âmbito da Unidade Curricular Opção I- Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foram realizados dois estágios, o primeiro numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a uma Unidade Local de Saúde, localizada em território nacional no período compreendido entre 5 de maio e 18 de julho de 2025. O segundo estágio foi realizado numa unidade de internamento em situação de agudização de uma Unidade Local de Saúde, localizada em território nacional de 29 de setembro de 2025 a 19 de dezembro de 2025. Por último, o estágio em contexto de respostas diferenciadas decorreu em um estabelecimento prisional (EP) inserido na Unidade Curricular Opção I- Estágio de Natureza Profissional com Relatório final de 5 de janeiro de 2026 a 31 de março de 2026, também em território nacional.

A redação do presente relatório foi guiada pelas normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS. Relativamente à estrutura do documento este encontra-se dividido em 2 partes. Na primeira parte constam os modelos teóricos que sustentaram o percurso formativo, com destaque na teoria das Transições de *Afaf Meleis* e a Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*. Posteriormente, é apresentada uma breve descrição sobre os contextos clínicos por ordem de realização (comunidade, internamento de agudos e respostas diferenciadas). Seguidamente, encontra-se uma reflexão sobre a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESMP, do autoconhecimento como competência comum do Enfermeiro Especialista e específica e, por último, uma reflexão sobre as competências de Mestre. A

segunda parte do documento contem uma revisão narrativa no âmbito da intervenção do EEESMP no contexto prisional e uma reflexão sobre a prática baseada na evidência.

A reflexão das competências desenvolvidas teve por base o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), das competências específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018, 2018) e das competências para aquisição do grau de Mestre (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006). Como suporte das minhas intervenções durante os estágios utilizei o Processo de Enfermagem, e segundo Ribeiro *et al.* (2018) encontra-se dividido em cinco etapas: avaliação inicial/colheita de dados; diagnóstico; planeamento; implementação e avaliação final.

PARTE I - O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. MODELOS TEÓRICOS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO ACADÉMICO

Durante a evolução da Enfermagem foi questionado o carácter científico desta área, o que levou ao desenvolvimento de várias teorias como forma de suporte na prática de Enfermagem (Nóbrega & Santos, 1996). Jensen e Andersen (2005, p.129) afirmam:

“as teorias de enfermagem não devem ser desvalorizadas, mas sim fortalecidas, tanto na formação do enfermeiro como na prática quotidiana com o objetivo de promover e melhorar o estado de saúde das pessoas e grupos e não apenas aumentar os indicadores e a produtividade, pois as ciências da enfermagem devem basear-se em pressupostos teóricos”

Deste modo, neste capítulo, pretendo aprofundar as bases teóricas da enfermagem que sustentaram o meu percurso académico. Seleccionei a **Teoria das Transições de Afaf Meleis** e a **Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau** devido à sua complementaridade e relevância na prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, uma vez que a articulação destas teorias possibilita uma abordagem centrada na pessoa, realça a importância da relação terapêutica e permite que o Enfermeiro constitua um agente facilitador para o desenvolvimento de transições saudáveis.

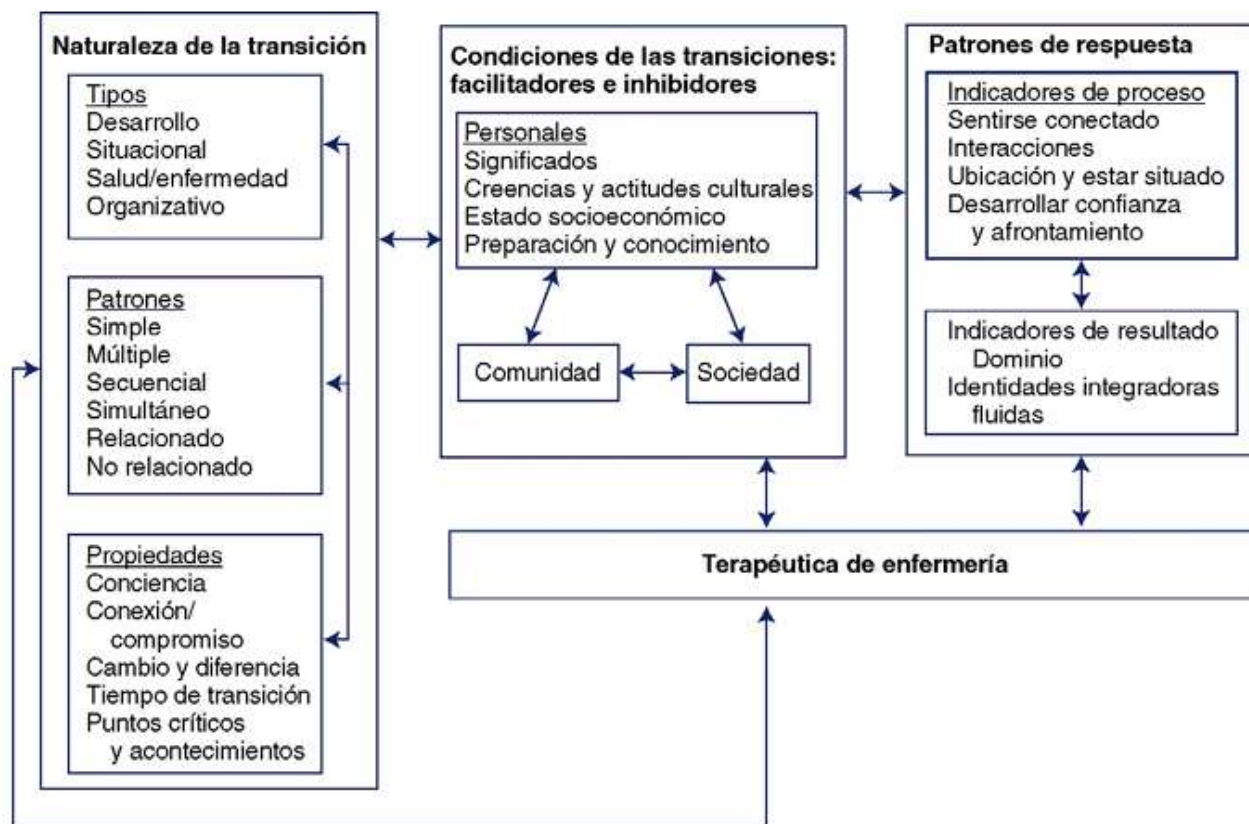
1.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

“Os enfermeiros despendem uma grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas, que estão a experienciar uma ou mais mudanças nas suas vidas e que podem muito bem ter impacto ou efeito na saúde” (Carvalho & Cordeiro, 2018, p. 55). Meleis (2010) acrescenta que a Enfermagem se preocupa com as experiências dos seres humanos submetidos a transições, pelo que a sua intervenção deve constituir um processo facilitador da transição e zelar pelo bem-estar do indivíduo.

A transição é definida como a “passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções” (Meleis 2010, p.25-26).

A Teoria das Transições engloba a natureza das transições, que inclui o tipo, os padrões e as propriedades das experiências da transição; as condições da transição facilitadoras e inibidoras relacionadas com a pessoa, comunidade e sociedade; os padrões de resposta que incluem os indicadores de processo; indicadores de resultado e, por fim, as intervenções de enfermagem (Meleis *et al.* 2000, citado por Meleis, 2010).

Figura 1. – A Teoria das Transições



Nota: Fonte - Meleis, A. I. (2007) citado por Alligood (2011)

As transições podem ter naturezas diversas, isto é, podem estar relacionadas com uma mudança da fase de desenvolvimento do sujeito, com alguma situação de vida, com um processo de saúde/doença, ou com questões que envolvam o seu ambiente social, político ou económico. Relativamente aos padrões das transições estas podem acontecer num único momento, de forma simultânea ou numa sequência, estando ou não relacionadas entre si. As transições possuem propriedades, tais como: os pontos críticos, a mudança e diferença, o espaço temporal dessa transição, a consciencialização, entre outras (Meleis *et al.*, 2000).

Desta forma é crucial que o Enfermeiro compreenda as características pessoais, da sociedade e da comunidade em que a pessoa está inserida, uma vez que estes condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição. É essencial que o profissional de saúde avalie os indicadores de resposta, uma vez que estes demonstram como o indivíduo está a responder ao processo de transição. Estes, podem estar relacionados com a forma como a pessoa vivencia o processo, interage com as pessoas, a forma como se sente ligado; como o

indivíduo está situado no tempo e as estratégias utilizadas nesse processo (Meleis *et al.*, 2000).

Na avaliação dos resultados é importante avaliar como a pessoa domina as novas habilidades e como reconstrói a sua identidade, pelo que o Enfermeiro deve estar presente durante todo o processo (Meleis *et al.*, 2000).

A prestação de cuidados de enfermagem holísticos permite ao “enfermeiro dotar a pessoa (alvo de cuidados) de mecanismos que lhe permitam atingir uma transição saudável, capacitando-a para a tomada de decisão, para o autocuidado, promovendo a sua autoconfiança e a sua autorrealização” (Meleis, 2010, p.45).

Diariamente existem indivíduos/famílias que lidam com transições, sendo estas por vezes complexas. Deste modo, considero que a aplicação da Teoria das Transições foi essencial na orientação da minha prática clínica durante os estágios, uma vez que me permitiu compreender e intervir nas experiências de transição, bem como explorar os fatores internos e externos que influenciavam a forma como a pessoa lidava com a transição. Desta forma, pude contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e a promoção de transições saudáveis, pelo que destaco a importância da utilização desta teoria enquanto EEESMP. O Regulamento n.º 515/2018 (2018, p. 21427) também afirma que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”.

1.2.TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE *HILDEGARD PEPLAU*

O ser humano é considerado um ser único com necessidades básicas que devem ser satisfeitas. A teoria das relações interpessoais desenvolvida por *Hildegard Peplau* considera que a partir da conceção de singularidade do ser humano é possível compreender e aceitar as pessoas como elas são, respeitando as suas individualidades e limitações (Travelbee, 1982). Peplau (1988) considera que cada indivíduo deve ser visto como um ser biopsicossocioespiritual dotado de crenças, costumes, usos e modos de vida, voltados para determinada cultura e ambiente.

Assim, a Teoria das Relações Interpessoais defende que as relações interpessoais são essenciais para que os utentes e profissionais de saúde se desenvolvam juntos, sendo este um processo dinâmico. Peplau, descreve a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde as mudanças ocorrem como agentes importantes na relação estabelecida (Peplau, 1990).

Peplau propõe um processo de quatro fases para que esta relação interpessoal exista, nomeadamente: a **orientação, identificação, exploração e resolução**. A **orientação** corresponde ao primeiro momento de interação onde o enfermeiro identifica as necessidades e o problema da pessoa. Na **identificação**, o enfermeiro ajuda a pessoa a identificar as principais estratégias para dar resposta às suas necessidades. Na fase da **exploração**, o Enfermeiro continua a ajudar a pessoa a estabelecer novas metas, tendo aqui a relação terapêutica um papel fundamental para que a pessoa consiga alcançar os melhores resultados. A última fase, corresponde à **resolução**, e é o momento onde gradualmente o cliente e o profissional de saúde se afastam e quebram laços. Esta fase é alcançada após as demais fases terem sido completadas com sucesso (Peplau, 1990).

Considero que a aplicação da Teoria das Relações Interpessoais durante os estágios me permitiu estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e empatia com os utentes, familiares e cuidadores, e desta forma executar intervenções de Enfermagem mais eficazes. A articulação das teorias mencionadas anteriormente, remetem para uma visão centrada na pessoa e reforçam a importância do EEESMP como agente facilitador de mudança.

2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

2.1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA COMUNIDADE

Segundo o Despacho Normativo n.º 10143/2009 (2009, p. 15438) uma UCC:

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

O estágio foi realizado numa UCC pertencente a uma Unidade Local De Saúde no período de 5 de maio a 18 de julho de 2025, tendo como principal missão a promoção da saúde, prevenção da doença, gestão dos problemas de saúde numa perspetiva holística e a prestação de cuidados de qualidade. O horário de funcionamento é diurno e possui uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas, médicos, técnicos auxiliares de saúde, assistente social e assistente técnica. A nível informático pode utilizar o *Sclínico* - Cuidados de Saúde Primários.

A UCC dispõe de um plano de ação que integra vários programas, com o objetivo de darem resposta às necessidades da população ao longo do ciclo vital. Atualmente possuem programas de saúde escolar, parentalidade, prevenção da violência em adultos, núcleo de apoio a crianças e jovens em risco e equipas de cuidados continuados integrados.

2.2. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM INTERNAMENTO DE AGUDOS

“Os serviços de internamento de agudos continuam a ser uma componente fundamental nos departamentos de Psiquiatria para a estabilização psicopatológica de doentes em crise e em recidiva” (Abreu *et al.*, 2017, p.33).

O estágio na unidade de internamento em situação de agudização decorreu de 29 de setembro de 2025 a 19 de dezembro de 2025, pertencente a uma Unidade Local de Saúde. O horário de funcionamento é diurno e noturno, sendo que dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por Enfermeiros de cuidados gerais, EEESMP, Psiquiatras,

Técnicos Auxiliares de Saúde, Assistentes Sociais e Administrativos. A admissão dos utentes no serviço pode ser realizada através da consulta externa ou pelo serviço de Urgência.

Este internamento dispõe de diversas Atividades Estruturadas de Intervenção Programada De Grupo (AEIPG), nomeadamente no âmbito da expressão de sentimentos, relaxamento, estimulação cognitiva, leitura, expressão plástica/artística. As AEIPG são dinamizadas pelo EEESMP onde cada atividade possui um dia correspondente. Existem também programas instituídos no serviço focados na gestão de comportamentos autolesivos, na promoção do bem-estar e no uso do álcool.

A nível informático pode utilizar o sistema informático *Sclínico* - Cuidados de Saúde Hospitalares.

2.3. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio em contexto de respostas diferenciadas foi realizado num EP com reclusos do sexo masculino, no período de 5 de janeiro de 2026 e 31 de março de 2026, sendo este EP considerado de elevado nível de segurança e de complexidade de gestão.

O horário de funcionamento é diurno/noturno e a equipa multidisciplinar é constituída por elementos de diversos setores no âmbito da saúde e da segurança, entre os quais: os Guardas Prisionais, Psicólogos, Psiquiatras, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, apoio de Medicina Geral e Familiar e Medicina Dentária, administrativos, equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais.

Os cuidados de saúde prestados visam a intervenção ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação da população prisional, sendo que este EP contem indivíduos inimputáveis e reclusos em regime comum. A instituição dispõe de diversos programas, desde os rastreios da tuberculose, doenças infecciosas e os Projetos Terapêuticos, tendo em vista o desenvolvimento de competências sociais e a reabilitação/reinserção social dos reclusos. Nestes projetos há o envolvimento dos reclusos em áreas como a arteterapia. No âmbito da reinserção social o EP dispõe de ofertas formativas como a escola, oficinas de mecânica, serralharia, pichelaria, obras, pintura, pastorícia, agricultura, limpeza, campo de jogos e o acesso a ginásio. Existe também um mercado onde são vendidos produtos alimentares

recolhidos no EP, pelo que a promoção destas atividades potência o desenvolvimento de competências sociais e a promoção da autonomia dos reclusos.

A nível informático pode utilizar o sistema informático de gestão de medicamentos/farmácia, designado de *GestFarma* e para o registo de informações de Enfermagem o *Sclínico*.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

No que respeita ao desenvolvimento das competências profissionais, este capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos. O primeiro contém as competências comuns do Enfermeiro Especialista, o segundo integra as competências específicas do EEESMP. O terceiro integra o autoconhecimento, uma vez que é uma das competências que está contemplada tanto nas competências comuns do Enfermeiro Especialista como nas específicas do EEESMP. Por último, estão descritas as competências de Mestre desenvolvidas.

Seguidamente irei explanar as competências comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvidas no decorrer dos estágios.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são aquelas que são partilhadas pelos Enfermeiros Especialistas independentemente da sua área de especialização. O Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) defende que:

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.”

Apesar de ter sido publicada no dia 29 de abril de 2026 o novo Regulamento n.º 454/2026 (2026) das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a reflexão do presente relatório ainda será efetuada com base no Regulamento n.º 140/2019 (2019), uma vez que, a realização dos estágios ocorreu enquanto este se encontrava em vigor.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista conforme o Regulamento n.º 140/2019 (2019) integra: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O domínio do autoconhecimento está associado às competências específicas do EEESMP e às comuns do Enfermeiro Especialista, pelo que o irei abordar em um capítulo posterior.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal

“Quando se fala de responsabilidade, está-se perante a reflexão sobre a consequencialidade do comportamento humano” (Nunes, 2026, p.15). Considero que ao longo dos estágios pude desenvolver a minha capacidade de tomada de decisão e a responsabilidade dos meus atos, uma vez que “frente a uma decisão, cabe ao próprio estabelecer os critérios para as decisões quantos às suas ações concretas” (Nunes, 2026, p.15). Segundo a mesma autora, conforme o profissional vai aprendendo, vivendo experiências e refletindo sobre as mesmas, este torna-se cada vez mais responsável, pelo que realço a importância da participação nos diferentes contextos de estágio. Nestes, pude refletir na escolha dos atos que realizei, bem como nas consequências (desejáveis, previsíveis, prováveis e indesejáveis) dos meus atos. No entanto, a minha prática teve sempre por base as normas estabelecidas pelos locais de estágio, os princípios éticos e da deontologia profissional, pelo que respeitei os direitos humanos e agi segundo as minhas responsabilidades profissionais. Assim, posso afirmar que consegui desenvolver uma prática segura, responsável e profissional, com consciência no meu âmbito de intervenção.

Com o intuito de desenvolver a competência **“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”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746), procurei avaliar as melhores práticas, as preferências da pessoa e/ou grupo-alvo, demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos e agir segundo princípios, valores e normas deontológicas. Para tal, pude prestar cuidados ajustados à singularidade da pessoa e da situação, reconhecendo a sua vulnerabilidade e individualidade.

Ao longo dos três contextos de estágio, as minhas intervenções sempre tiveram por base o sigilo profissional, pelo que não identifico os clientes nem os locais de estágio. A confidencialidade da informação sempre foi uma das condições que garanti que fosse assegurada aquando da minha intervenção. O consentimento informado (via oral ou escrito) também foi assegurado de forma a proteger a informação fornecida e de forma a estabelecer os limites éticos da relação terapêutica. Destaco a minha intervenção junto dos indivíduos privados da liberdade no contexto prisional, uma vez que sempre garanti que os reclusos tivessem acesso igualitário aos cuidados de enfermagem, prevenindo assim a discriminação e prestando cuidados justos e equitativos, pelo que posso afirmar ter desenvolvido as

competências **“fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade” e “assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Pude participar ativamente nas reuniões multidisciplinares (no contexto comunitário e no internamento de agudos) e colaborar na tomada de decisão do plano de cuidados dos utentes no âmbito da saúde mental e psiquiatria o que contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências: **“participa na construção da tomada de decisão em equipa”, “desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade” e “reconhece a sua competência na área da sua especialidade”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Para o desenvolvimento deste domínio o Enfermeiro Especialista necessita de se munir de conhecimentos, através da utilização de documentos para uma tomada de decisão consciente, por exemplo através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, normas das próprias instituições e leis. No estágio de internamento de agudos pude recorrer à Lei n.º 35/2023 (2023), para compreender os fundamentos da política de saúde mental, os direitos/deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, aplicação de medidas coercivas e tratamento involuntário. Como a presente Lei da Saúde Mental foi alterada recentemente considero que o conhecimento sobre mesma é essencial para uma tomada de decisão assertada, pelo que pude desenvolver as competências **“integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem” e “analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

A aplicação dos quatro princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) também permitiu orientar a minha tomada de decisão, uma vez que, durante os estágios pude lidar frequentemente com situações complexas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade e de compromisso na capacidade de decisão, garantindo cuidados éticos, seguros e centrados na pessoa.

Destaco também a minha participação na **Psicoeducação no âmbito dos comportamentos agressivos** em contexto prisional, uma vez que exigiu uma abordagem com base no respeito, segurança e bem-estar. “Os princípios éticos-deontológicos devem ser aplicados com sensibilidade e compreensão, garantindo um ambiente terapêutico que promova a construção de uma relação terapêutica e, conseqüentemente, a recuperação do cliente” (Bessa *et al.*, 2026). A participação nesta atividade permitiu-me implementar

medidas preventivas, identificar precocemente comportamentos de risco, contribuir para a consciencialização dos reclusos sobre a agressividade, a redução de comportamentos agressivos no EP e o desenvolvimento das seguintes competências: **“implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco”** e **“adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

3.1.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade

Considero que a consulta do Regulamento n.º 356/2015 (2015) no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental se tornou crucial para o desenvolvimento de uma prática segura e humanizada dos cuidados. O Regulamento n.º 356/2015 (2015, p.17035), descreve oito enunciados descritivos de qualidade para o EEESMP, sendo estes: “a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social”. Os enunciados constituem um papel importante, especificamente ao precisar o papel do EEESMP junto dos utentes, profissionais de saúde, do público e dos políticos, bem como no contributo para a realização de programas de melhoria contínua da qualidade.

No domínio da melhoria contínua da qualidade é expectável que o Enfermeiro Especialista colabore na operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, pelo que no EP pude participar na aplicação de uma *checklist* (**ANEXO I**), já existente no EP, de uma auditoria no âmbito da gestão, armazenamento, consumos clínicos e medicamentos em uso. A sua aplicação teve por base a manutenção da qualidade e segurança dos produtos, prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e a rastreabilidade com a legislação/normas. Para a sua execução pude consultar a norma interna dos prazos de validade do EP (**ANEXO II**), os produtos sem data de abertura (**ANEXO III**) e avaliar o cumprimento da periodicidade dos pedidos semanais e ruturas de stock. A participação nesta atividade permitiu-me mobilizar conhecimentos no âmbito da gestão e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pelo que considero ter desenvolvido com sucesso as competências: **“integra auditorias clínicas”**, **“coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano,**

“desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Neste domínio é expectável que os conhecimentos do Enfermeiro Especialista sejam necessários para gerir os cuidados de enfermagem e da equipa multidisciplinar. Desta forma realço novamente a importância da participação enquanto alunos do Mestrado nas reuniões de equipa multidisciplinar, uma vez que pude colaborar no processo da tomada de decisão. Em algumas reuniões, consoante a necessidade identificada também fui capaz de reconhecer a necessidade de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários e outras especialidades diferenciadas, o que me permitiu desenvolver as seguintes competências: **“colabora nas decisões da equipa de saúde” e “reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Para dar resposta à competência **“adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), efetuei um levantamento de necessidades da equipa de Enfermagem junto da Enfermeira Coordenadora da UCC. Através da entrevista pude compreender que o *stress* ocupacional correspondia a uma realidade da equipa de Enfermagem, pelo que foram realizadas atividades com vista a promoção do bem-estar dos trabalhadores. A minha intervenção contribuiu para um ambiente de trabalho mais saudável, pelo que, considero ter desenvolvido com sucesso as competências: **“aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado” e “fomenta um ambiente positivo e favorável à prática”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Durante o estágio no EP pude proceder à verificação, pedido de *stocks* e reposição de materiais, sendo realizado de forma semanal em dias específicos. Cada unidade dispõe de uma *checklist*, onde contém uma tabela com os materiais disponíveis e os níveis recomendados. O responsável de turno é o profissional responsável pela sua verificação e posteriormente a sua digitalização e submissão. A principal dificuldade resultou no desconhecimento dos locais dos materiais, no entanto, foi colmatada com o decorrer do

estágio. Pude também utilizar o sistema informático de gestão de medicamentos/farmácia, designado de **GestFarma**, sendo utilizado para o registo, controlo e gestão da medicação. A utilização deste sistema informático contribuiu para garantir uma gestão segura da medicação e adequar os recursos às necessidades de cuidados, o que me permitiu desenvolver a competência: **“adequa os recursos às necessidades de cuidados”** e **“utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio o Enfermeiro Especialista deve saber desenvolver a assertividade e basear a sua prática clínica especializada em evidência científica.

No estágio no EP durante a sessão 0 inserida na psicoeducação no âmbito dos comportamentos agressivos pude desenvolver as competências específicas: **“utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos”**, **“atua eficazmente sob pressão”** e **“reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), uma vez que, fui capaz de gerir situações de tensão entre os elementos do grupo durante a sessão e consegui atuar de forma preventiva para evitar conflitos. O estabelecimento de regras no início da sessão, a observação da linguagem não verbal e o facto de conseguir redirecionar as discussões geradas para os objetivos da sessão considero terem sido essenciais para contribuir para o sucesso desta competência. O cumprimento das normas éticas exige do enfermeiro um conhecimento profundo, pelo que a formação continua é fundamental para manter padrões de cuidados de elevada qualidade (Bessa *et al.*, 2026).

Relativamente à prática baseada na evidência científica destaco a importância da minha participação, enquanto formada, nas formações de serviço realizadas no internamento de agudos. Neste contexto pude assistir a congressos e formações direcionadas para a saúde mental no âmbito da prevenção do suicídio e sobre a Técnica de Estimulação Magnética Transcraniana, o que me permitiu desenvolver as competências: **“avalia o impacto da formação”** e **“interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Relativamente à prevenção do suicídio, nesta formação foram abordados aspetos essenciais para a aplicação do meu caso clínico, tais como, os sinais de alerta, avaliação do risco suicidário através do Índice de Risco de Suicídio e foi também abordada a síndrome da crise suicidária. Enquanto aluna, realço a importância da minha participação, uma vez que, me permitiu desenvolver capacidades na identificação de indivíduos com potencial risco suicidário e na divulgação de ferramentas para intervir com a utente que selecionei para o meu caso clínico. De ressaltar que na avaliação do risco de suicídio o Enfermeiro deve estar atento à presença de diagnósticos, tais como o da depressão que está associado a um risco aumentado de suicídio (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A formação no âmbito da Técnica de Estimulação Magnética Transcraniana, constituiu uma mais-valia para o aumento do meu conhecimento científico, uma vez que desconhecia a realização desta técnica. Nesta sessão foi explicado que não é uma técnica invasiva, não necessita de sedação prévia e possui bastante eficácia em diagnósticos de depressão major resistente, dor crónica e *parkinson*. Atualmente encontram-se a ser realizados estudos ao nível da sua aplicação a utentes com perturbação obsessivo-compulsiva, esquizofrenia, alcoolismo e tabagismo. O tratamento envolve um ciclo com várias sessões diárias, onde varia a duração e o número total de sessões, dependendo do protocolo utilizado.

Destaco também a realização de Reflexões Críticas Individuais após o término dos estágios e a realização de reuniões intermédias com as Enfermeiras Tutoras e a Gestora Pedagógica. Estes momentos constituíram momentos fulcrais para a partilha de dúvidas, reflexões, consolidação de conhecimentos, desenvolvimento da capacidade crítica e na evolução do meu processo de aprendizagem.

Relativamente à unidade de competência **“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), no contexto de respostas diferenciadas, pude compreender que a necessidade formativa dos enfermeiros assentava no âmbito dos sistemas informáticos, nomeadamente na utilização do *SCLínico*, uma vez que começou recentemente a ser implementado no EP. A sua utilização visa zelar pela qualidade, segurança dos dados clínicos e dar continuidade à informação clínica, no entanto, considero que estes objetivos possam estar comprometidos pela falta de destreza na sua utilização. Desta forma, compreendi que esta área representava uma necessidade formativa e como aluna pude contribuir para a sua identificação, pelo que considero ter atingido com sucesso as seguintes competências **“diagnostica necessidades formativas”**, **“identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de**

investigação” e “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Destaco a importância do acompanhamento das enfermeiras tutoras, sobretudo na identificação das necessidades de parametrização de focos/intervenções associados aos diagnósticos mais frequentes no EP (ansiedade, comportamento agressivo e controlo de impulsos). Perante isto, a minha intervenção incidiu no mapeamento e parametrização dos focos anteriormente referidos com a divulgação à equipa de um fluxograma. O desenvolvimento da parametrização pretendeu fomentar boas práticas de registo e desenvolver a seguinte competência **“contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP

A Enfermagem de Saúde Mental é uma área especializada que acresce à prática de Enfermagem de cuidados gerais, uma maior profundidade de conhecimentos e de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia (Regulamento n.º 356/2015, 2015). O Regulamento n.º 515/2018 (2018) acrescenta que a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica se foca nos cuidados da promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas a processos de transição. As competências no âmbito psicoterapêutico, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo vital permitem que o EEESMP desenvolva uma prática clínica em Enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Posto isto, irei analisar as competências específicas do EEESMP desenvolvidas no decorrer dos três contextos de estágio, segundo a sua ordem de realização.

3.2.1- No contexto de comunidade

O Conselho Nacional de Saúde (2019) acrescenta que a promoção da saúde mental deve ser uma prioridade política/social e que em todos os setores devem ser promovidas práticas que melhorem a literacia em saúde mental. A necessidade de investir na promoção

da saúde mental em contexto comunitário é uma realidade, pelo que considero crucial a minha participação neste campo de estágio para o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e reabilitação psicossocial.

Durante o estágio pude planear e intervir em três atividades nomeadamente: **a elaboração de um diagnóstico de saúde mental a um grupo de enfermeiros da UCC**, **a implementação de um programa de literacia em saúde mental aos enfermeiros da UCC** e, por último, **a aplicação do processo de enfermagem a uma cuidadora informal**.

No âmbito da elaboração de um diagnóstico de saúde mental a um grupo de enfermeiros da UCC, optei por efetuar uma entrevista de avaliação das necessidades/problemas da equipa de Enfermagem à Enfermeira Coordenadora da UCC. A Enfermeira descreveu que o *stress* ocupacional constituía uma realidade da equipa e denotava a existência de conflitos intrapessoais, pelo que a minha intervenção deveria ter por base a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável. A Organização Internacional do Trabalho (2019) estima que mais de 264 milhões de pessoas no mundo sofrem de distúrbios relacionados com o *stress* profissional. O emprego influencia a qualidade de vida, autoestima e o equilíbrio emocional do trabalhador, pelo que os mesmos autores defendem que se deva desenvolver programas de promoção da saúde mental nos ambientes laborais e o estabelecimento de práticas que melhorem a literacia em saúde mental. Assim, considero que a realização desta entrevista teve um papel fulcral na avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo, permitindo-me desenvolver a seguinte competência: **“executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Para a realização desta atividade defini como objetivo principal elaborar um diagnóstico de saúde mental dos Enfermeiros da UCC, tendo selecionado como **critérios de inclusão** os Enfermeiros a exercer funções na UCC com vínculo laboral ativo durante o período de recolha de dados e como **critérios de exclusão** a ausência de consentimento informado e/ou recusa em participar. Optei por realizar um **questionário sobre a avaliação do stress** com o recurso ao *Google Forms*, sendo aplicados instrumentos de avaliação como a **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (ANEXO IV)** e a **Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) (ANEXO V)**. A escolha da escala MBI deve-se ao facto de ter “um suporte empírico baseado em pesquisas com grandes amostras de diversas naturezas ocupacionais ao redor do mundo, com valores ótimos de validade e confiabilidade” (Campos *et al.*, 2020, p.188).

Atualmente existem três versões da escala MBI, a diferença assenta na forma de redação das afirmativas, cada uma direcionada a um grupo de trabalhadores, pelo que foi utilizada a escala mais indicada para os profissionais de saúde, nomeadamente a *MBI General Survey* (Campos *et al.*, 2020, p.188). Maslach & Jackson (1986) citado por Carlotto *et al.*, (2004), defende que a escala MBI possui três dimensões (exaustão emocional, realização profissional e despersonalização) e avalia os índices de *burnout* de acordo com os *scores* de cada dimensão. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão, pelo que a escolha da aplicação da escala assenta na relação entre conceitos e “é uma medida útil quer para a investigação quer em uso clínico quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio” (Pais-Ribeiro *et al.* 2004, p. 238). A complementaridade das duas escalas permite-me ampliar a leitura diagnóstica, na medida em que posso observar diferentes dimensões da saúde mental: a MBI centrada no impacto ocupacional e a EADS nos sintomas afetivos e emocionais. A escala EADS identifica sinais de sofrimento emocional nos últimos 7 dias e a MBI permite reconhecer estados de esgotamento prolongado, pelo que é possível avaliar sintomas em diferentes momentos.

Os dados demográficos foram diretamente obtidos pelo *Google Forms* em formato de gráfico circular e os dados referente às escalas aplicadas foram convertidos para o *Excel* em formato de quadro, sendo realizado o somatório dos itens de cada escala e efetuada a média. A utilização do *Excel* foi, para mim, a etapa mais difícil pela falta de destreza na utilização deste *software*. Para superar esta dificuldade realizei uma pesquisa acerca do funcionamento do mesmo e a Enfermeira Tutora também teve um papel fulcral na explicação do *software*.

Relativamente à recolha de dados, dos 6 Enfermeiros apenas 5 responderam ao questionário, demonstrando que: 80% da amostra é do sexo feminino, 80% possui entre os 41 e 50 anos, 20% entre os 51 e 60 anos, 80% possui especialidade, 20% pós-graduação, 80% dos enfermeiros exercem funções na UCC há 11-20 anos e 20% há 6-10 anos. Relativamente à aplicação da escala MBI, através da leitura do gráfico podemos observar que de 5 enfermeiros, 3 possuem valores superiores a 2, isto é, 60% dos enfermeiros encontram-se numa situação mais vulnerável para o desenvolvimento de *burnout*. Quanto à escala EADS constamos que de 5 enfermeiros, 2 possuem valores superiores a 15, ou seja, a interpretação gráfica sugere que 40% dos enfermeiros possuem níveis moderados a altos de ansiedade, depressão e/ou *stress*. Desta forma, posso afirmar que o desenvolvimento desta atividade me permitiu desenvolver a seguinte competência: **“identifica os problemas e as**

necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

“O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Assim, após a análise das escalas pude formular o seguinte **diagnóstico de Enfermagem: “stress do prestador de cuidados”** (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.133). Segundo o Regulamento n.º 515/2018 (2018) o EEESMP é o profissional qualificado para identificar os problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental, utilizando os sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental. Assim, a formulação do diagnóstico de Enfermagem deste grupo, permitiu-me desenvolver as seguintes competências específicas do EEESMP: **“estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”** e **“aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429). Com o intuito de proceder à comunicação dos resultados do questionário à equipa de enfermagem optei por realizar uma encenação teatral com base em um guião elaborado por mim e com recurso também do *powerpoint*, tendo a colaboração da minha colega de estágio. A seleção desta estratégia, resultou no facto de ser uma forma criativa, cativante e inovadora para a transmissão de informação. O recurso ao humor utilizado no guião “é uma estratégia saudável para lidar com situações difíceis, que contribui para diversificar emoções e controlar melhor pensamentos” (Ordem dos Psicólogos, 2021, p.6). Posteriormente efetuei também um relatório para a Enfermeira Coordenadora da UCC onde continha os dados obtidos no questionário aplicado.

Tendo definido como **indicadores de avaliação** a participação de uma percentagem superior ou igual a 70% do total dos enfermeiros no questionário realizado e a elaboração de um relatório de diagnóstico à Enfermeira Coordenadora da UCC até 30 dias após término da atividade, considero que esta atividade foi realizada com sucesso. Consegui também elaborar o diagnóstico de saúde mental deste grupo, o que me permitiu alcançar o objetivo a que me propus, no entanto, reconheço a importância de ser efetuado um diagnóstico situacional não só à equipa de Enfermagem, mas também à equipa multidisciplinar. É fundamental que as entidades laborais adquiram uma nova visão relativamente à forma como a promoção da saúde e o bem-estar dos trabalhadores é encarado, pelo que optei por desenvolver a minha

segunda atividade no âmbito do **planeamento e implementação de um programa de literacia em saúde mental aos enfermeiros da UCC.**

A literacia em saúde mental “está focada no desenvolvimento de competências destinadas a capacitar as pessoas para exercerem um maior controlo sobre a sua saúde e sobre o conjunto de fatores que a influenciam, nomeadamente os determinantes pessoais, sociais e ambientais em saúde” (Nutbeam, 2008, p. 12). O local de trabalho é, sem dúvida, um contexto privilegiado para a realização de ações e programas de promoção da saúde mental para criar uma cultura de saúde individual e organizacional (Direção Geral da Saúde, 2021). A promoção da saúde mental e a diminuição de riscos psicossociais deve ser uma preocupação das instituições de saúde e governamentais, sendo que estes programas podem integrar a vertente individual (trabalhador) e o ambiente de trabalho, pelo que a Direção Geral da Saúde (2021) recomenda a combinação destas duas vertentes. A Direção Geral da Saúde (2021) defende também que os programas de promoção da saúde mental no local de trabalho devem ter como objetivo manter e melhorar o bem-estar mental dos trabalhadores, sendo que o bem-estar mental é distinto entre trabalhadores e evolui ao longo do tempo de acordo as suas necessidades. Segundo a pirâmide de necessidades de *Maslow* considera-se necessário atender e satisfazer uma necessidade de posição inferior para que a seguinte seja reconhecida como necessária, tal como é demonstrado na figura seguinte.

Figura 2. – Pirâmide de necessidades de *Maslow* e reflexos no contexto de trabalho



Nota: Fonte –
Geral da

Direção-
Saúde (2021)

Através da implementação do programa de literacia em saúde mental aos enfermeiros da UCC possuo os seguintes **objetivos**: manter e melhorar o bem-estar mental dos trabalhadores, sensibilizar os enfermeiros para os impactos do stress na saúde; capacitar os Enfermeiros para reconhecer sinais, sintomas e fatores de risco do stress ocupacional; promover estratégias de *coping*; incentivar práticas de autocuidado e hábitos promotores de bem-estar para o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal. Para tal, durante o planeamento pude consultar o Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2023a), no entanto, como este não possui nenhum capítulo dirigido para a operacionalização da promoção da literacia em saúde mental no local de trabalho, a minha intervenção teve por base o Guia Técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2021). Deste modo, foram realizadas **3 sessões** tendo por base os exemplos das áreas de intervenção demonstradas na figura seguinte.

Figura 3. – Exemplos de intervenção no âmbito da promoção da saúde mental no local de trabalho

VERTENTE PSMLT	CARACTERIZAÇÃO	EXEMPLOS DE ÁREAS DE INTERVENÇÃO:
Individual	<p>Centra-se: no trabalhador e nos determinantes de saúde, em especial relacionados com hábitos, práticas e estilos de vida.</p> <p>Relaciona-se com: comportamento e responsabilidade individual de cada trabalhador relativamente à sua saúde e bem-estar. As atividades são dirigidas diretamente para capacitar os trabalhadores em aumentarem o controlo da sua própria saúde.</p>	<p>Trabalhadores sob elevados níveis de stress costumam ter dificuldade em prestar atenção suficiente ao seu próprio bem-estar. Esta situação pode estar associada a horas de descanso insuficientes, aumento do consumo de tabaco ou álcool, dieta inadequada, inatividade física, dores musculares, entre outros. Desta forma, poderão ser realizadas ações e programas de promoção de saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Higiene do sono; - Hábitos alimentares saudáveis; - Atividade física regular; - Posturas no local de trabalho; - Cessação tabágica/álcool/drogas; - Primeiros socorros - crise convulsiva epiléptica, delírio, psicose, ansiedade ou depressão severas (3) e comportamentos disruptivos.
Ambiente de trabalho	<p>Centra-se: na cultura e clima organizacional e no "design" (estrutura) do trabalho na sua dimensão física e psicossocial.</p> <p>Relaciona-se com: os aspetos organizacionais e estruturais do local de trabalho na sua dimensão física e psicossocial e como estes influenciam a capacidade do trabalhador em cuidar da sua saúde, manter os "recursos pessoais" (ex. resiliência, qualidade e eficácia de trabalho) e um equilíbrio de bem-estar.</p>	<p>A saúde mental dos trabalhadores é reforçada através de ambientes de trabalho que "respeitem e protejam os direitos civis, políticos, socioeconómicos e culturais básicos" (18) e que possibilitem melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores. "Sem a segurança e liberdade proporcionadas por esses direitos, é muito difícil manter um alto nível de saúde mental" (18) numa empresa. Desta forma, poderão ser realizadas ações e programas de promoção da saúde com enfoque em áreas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho; - Gestão da motivação no trabalho; - Estratégias de comunicação; - Técnicas de planeamento e gestão do trabalho; - Dinâmicas de valorização: da inovação, da criatividade, do empenho, de comportamentos saudáveis, de resiliência no trabalho; - Estratégias para equilíbrio trabalho/família.
O princípio de participação do trabalhador é um requisito essencial em ambas as vertentes.		

Nota: Fonte – Direção-Geral da Saúde (2021)

Na **sessão 0** pude informar os Enfermeiros da UCC relativamente à data, local e hora da primeira sessão e clarificar o motivo, os objetivos, apresentar os temas, frequência e duração das sessões, estabelecer o contrato terapêutico e promover a expressão de expectativas/emoções dos participantes.

Na **primeira sessão** recorri a uma técnica expositiva com recurso ao *powerpoint*, onde pude focar em áreas como a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho, o impacto do stress na saúde do trabalhador; identificar sinais, sintomas e fatores de risco do stress ocupacional; divulgar a importância do autoconhecimento e instruir sobre estratégias de autocuidado e para o equilíbrio trabalho/família. Durante a sessão optei por realizar um **curtograma** com o grupo, uma vez que esta estratégia promove o conhecimento mútuo, integração, descontração e o autoconhecimento (Andrade, 2010). Na atividade foi proposto dividir a folha em quatro quadrantes: "Gosto e Faço", "Gosto e Não Faço", "Não Gosto e Faço" e "Não Gosto e Não Faço". Pude também projetar um vídeo¹ acerca do *burnout*, onde consta uma figura animada que demonstra o risco de uma exposição prolongada ao *stress* na profissão de Enfermagem. Através do recurso ao humor, o vídeo pretendeu demonstrar os sinais de alerta e que os participantes refletissem na importância do autocuidado. Elaborei também uma **“caixa de recursos”** com o objetivo de reforçar sentimentos de valorização profissional, tendo em vista a reflexão e o reconhecimento de qualidades pessoais e/ou conquistas profissionais. Cada enfermeiro preencheu bilhetes (anônimos ou assinados), para posteriormente ser partilhado em grupo.

Na **segunda sessão** foram abordadas estratégias de *coping* e os trabalhadores foram instruídos sobre práticas promotoras de bem-estar, pelo que realizei uma sessão de relaxamento tendo por base a **técnica da imaginação guiada** e a **respiração diafragmática**. Payne *et al* (2003) defende que a imaginação guiada previne consequências associadas ao stress e permite ao grupo desenvolver competências mentais para lidar com o stress. Utilizei como recursos um colchão, um rádio com música relaxante para o início da sessão e foi solicitado que trouxessem roupa confortável. “A técnica de imaginação guiada é composta por cerca de seis sessões, desde que seja respeitada a prática em casa”, pelo que o grupo

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=YMI2ZSmYvuQ>

também foi orientado para a execução da técnica no domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2023b, p.99). A escassez de tempo do estágio também limitou o número de sessões programadas, razão pela qual foi apenas programada uma sessão. Esta foi a primeira vez que pude realizar esta intervenção e como tal acarretou algumas dificuldades, principalmente na adequação do tom de voz, tempo de pausa e na tentativa de não realizar uma leitura integral do **guião (ANEXO VI)**. Existiram também algumas barreiras externas como o ruído e a capacidade de concentração de alguns dos participantes que não se conseguiram colmatar. No entanto, o feedback obtido pelos participantes foi bastante positivo, bem como a taxa de adesão à atividade, pelo que considero ter sido capaz de desenvolver a competência específica do EEESMP: **“utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Com o intuito de promover a consciencialização emocional dos enfermeiros perante situações de stress, conflitos interpessoais e sobrecarga laboral, foi realizada uma dinâmica de **team building** na **terceira sessão**, tendo em vista o desenvolvimento de competências comunicacionais, uma gestão emocional mais eficaz e a adoção de comportamentos mais saudáveis no trabalho. Wheeler & Stoller (2011) citado por Homem *et al* (2012), refere que esta dinâmica possui como objetivos analisar o funcionamento dos grupos, promover mudanças que permitam aumentar a eficácia, desempenho individual, espírito de equipa e, consequentemente, o desempenho das organizações. No final da sessão esclareci dúvidas, promovi a discussão em grupo sobre os conhecimentos obtidos e apliquei um questionário de satisfação aos participantes.

Como **indicadores de avaliação** da atividade defini: uma percentagem de participação nas atividades superior a 50% dos enfermeiros da UCC; o nível de satisfação através da aplicação de um questionário com respostas positivas acima de 80% e feedbacks positivos acima de 80%. Todos os resultados encontram-se acima do valor identificado, pelo que faço um balanço positivo da minha intervenção. De uma forma global considero que a minha participação nesta atividade contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428): **“coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”** e:

“implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de fatores de stresse, a gestão

de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.”

Além da intervenção em grupo, foi também realizada uma intervenção individual a uma cuidadora informal no âmbito da **aplicação do processo de enfermagem a uma cuidadora informal**. Os cuidadores informais constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas do foro mental, pelo que é extremamente importante a promoção da literacia em saúde mental neste grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2023a). Para esta atividade foi selecionada uma cuidadora informal de um utente diagnosticado com demência, a qual foi designada de “X” com o intuito de proteger a sua confidencialidade. “Os cuidadores de idosos dependentes com demência apresentam níveis de sobrecarga mais elevados” (Sequeira, 2009, p.33).

Na **fase preparatória** pude consultar informações relativas à cuidadora no sistema informático *SClínico* e agendar com a mesma a data/hora da sessão seguinte. A **sessão 0**, correspondeu ao momento da **avaliação inicial**, onde pude avaliar o estado mental da cuidadora, identificar as necessidades de intervenção e aplicar a **escala de Zarit (ANEXO VII)** para avaliar os níveis de sobrecarga. A escala constitui um instrumento fiável e pode ser utilizada como instrumento de diagnóstico, monitorização/avaliação de programas de intervenção (Sequeira, 2009). Perante o score “**sobrecarga intensa**” pude elaborar o diagnóstico de Enfermagem “**stress do prestador de cuidados**” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.77), o que possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências específicas: “**estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade**” e “**identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429)

Perante o diagnóstico identificado, Sampaio & Sequeira (2020, p.154), recomendam as seguintes intervenções: “informar sobre estratégias de redução de stress, executar intervenção psicoeducativa e instruir sobre técnicas de relaxamento”. Deste modo, optei por efetuar uma **intervenção psicoeducacional** em contexto individual com a cuidadora “X” tendo por base as recomendações dos autores. A psicoeducação integra uma componente educativa que visa dotar de conhecimentos acerca do problema e uma componente emocional (Santos *et al.*, 2011). Silva *et al.* (2017) citado por Amaral *et al.* (2020, p.174) defendem que a psicoeducação:

“Tem assumido especial destaque na intervenção com cuidadores familiares, visando dotá-los de conhecimentos e capacidades para cuidar do familiar doente, e a sua implementação tem vindo a demonstrar uma diminuição da sobrecarga emocional, física, um aumento substancial do conhecimento da doença e de estratégias para lidar com a sintomatologia da pessoa com demência”

A promoção da saúde mental dos cuidadores engloba a capacitação dos cuidadores para a prevenção da sobrecarga, a identificação de limites, a procura de ajuda sempre que necessário e a partilha de responsabilidade do cuidado, sempre que possível, com outros membros da família ou respostas sociais (Araújo *et al.*, 2026). Não existem estratégias de intervenção universais dirigidas aos cuidadores, pelo que a Ordem dos Enfermeiros (2023a) recomenda as seguintes boas práticas (**ANEXO VIII**): o desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais em saúde mental incluindo informação sobre estratégias de promoção da saúde mental; identificação de fatores de risco; sinais e sintomas de perturbação mental; capacidade de procura de ajuda especializada e realização de intervenções em contexto individual ou em grupo. Perante esta informação, optei por efetuar **3 sessões** (uma sessão por semana) em contexto de visita domiciliária com a duração de **45 a 90 minutos**, tendo em vista o desenvolvimento da competência específica: **“realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Os **objetivos** da minha intervenção assentaram em: avaliar a sobrecarga da cuidadora “X”; promover o bem-estar emocional da cuidadora; capacitar a cuidadora para reconhecer sinais/sintomas de sobrecarga emocional; incentivar a expressão de emoções/sentimentos, instruir sobre práticas de prevenção de stress e sensibilizar para a importância do seu autocuidado e promoção da saúde mental.

Na **1ª sessão** pude explicar o objetivo da intervenção, os temas, frequência e duração das sessões, estabelecer o contrato terapêutico e a obtenção do consentimento informado. Nesta sessão foram abordados os principais sinais/sintomas da sobrecarga emocional (**ANEXO IX**); a cuidadora foi incentivada a expressar as suas emoções/sentimentos, foi instruída sobre práticas de gestão de stress e foi também realçada a importância do autocuidado e da promoção da saúde mental. A sua realização permitiu-me desenvolver a seguinte competência: **“fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Posteriormente na **2ª sessão** foram realizadas atividades para a promoção do autocuidado, tendo optado por abordar os sete pilares do autocuidado e instruir a cuidadora de algumas estratégias e medidas de suporte (**ANEXO X**). Nesta sessão foi instruída a cuidadora sobre a respiração diafragmática, Cunha *et al* (2023, p.7) defende que “os exercícios respiratórios podem ser uma importante ferramenta na prevenção de problemas relacionados a saúde mental, pois não envolvem custos e podem ser autoaplicáveis, o que facilitaria sua realização a qualquer tempo e em diferentes espaços”. Para a preparação do *setting* solicitei à cuidadora que escolhesse um local calmo, sem ruído e sem riscos de interrupção. A cuidadora nunca tinha realizado esta técnica e descreveu como principal dificuldade a contagem do tempo da inspiração/expiração, sendo entregue também um **flyer informativo** sobre a instrução da técnica. Nesta sessão foram também abordadas estratégias de *coping* e explorados os fatores protetores da cuidadora. Optei por elaborar uma caixa designada de “**A minha caixa de recursos internos**”, onde esta escreveu sobre estratégias que a acalmavam aquando situações de stress, qualidades e sucessos da semana. Através desta estratégia pretendi promover a reflexão acerca dos recursos internos e que ela própria criasse estratégias para uma gestão eficaz do *stress*. Deste modo posso afirmar que esta sessão contribuiu para o desenvolvimento da competência: “**concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Na **sessão 3** foi realizada a **avaliação final** com a cuidadora, onde foi efetuado um resumo das sessões anteriores, esclareci dúvidas e avaliei a eficácia das minhas intervenções. Nesta sessão a cuidadora também me demonstrou as estratégias que tinha escrito na caixa, pelo que reforcei por via do elogio os ganhos obtidos. Neste contacto também entreguei um **questionário de avaliação**, tendo a cuidadora colocado o nível máximo de satisfação (100%) e fornecido um feedback bastante positivo. Foi também facultada a opção de um *follow-up* após um mês com recurso à via telefónica, sendo da concordância da mesma, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023b, p.33) “pode agendar-se uma sessão de *follow-up* que possa minimizar ou, pelo menos, tornar menos marcada a sensação de termo abrupto da intervenção”. A aplicação da escala de Zarit, na sessão final não foi aplicada por sugestão da enfermeira tutora, para que fosse aplicada segundo os *timings* preconizados pela UCC (3 em 3 meses) com o intuito de avaliar a longo prazo as intervenções realizadas.

Constato que a realização de três sessões é bastante inferior às necessidades reais da cuidadora, pelo que reconheço a importância da continuidade de cuidados do EEESMP com a cuidadora “X”. A cuidadora também poderia beneficiar de intervenções em grupo, no entanto, no momento do estágio não existia nenhum grupo de apoio destinado aos cuidadores informais, pelo que a alertei sobre a existência destes grupos e os objetivos dos mesmos, o que me permitiu desenvolver a seguinte competência específica: **“apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como à família”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

No decorrer deste estágio surgiu também a possibilidade de colaborar numa atividade desenvolvida pela minha colega de estágio no âmbito da saúde escolar, destinada a um grupo de alunos com necessidades educativas especiais (NEE) de uma escola secundária. A escola representa o local de eleição para a identificação de necessidades e problemas, pelo que o autor, Santos *et al.*, (2021), defende que a equipa de saúde escolar deve manter o dinamismo na articulação da escola com os serviços de saúde. Esta experiência permitiu-me compreender a importância de uma articulação eficaz entre a UCC e a comunidade escolar, pelo que considero ter sido capaz de desenvolver a seguinte competência específica:

“Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Pude também participar na identificação das principais necessidades em saúde denotadas pelos alunos, sendo estas sobretudo ao nível do autocuidado, autoconhecimento, estigma social e sexualidade. Estive presente na atividade **“A nossa escola respeita todas as pessoas”** onde através do desenho cada um fez o seu autorretrato. De realçar que algumas das crianças possuíam dificuldades na fala e através da arte foi possível promover a expressão de sentimentos, promover a interação entre pares, estimular o seu autoconhecimento, desenvolver a motricidade fina, estimular a criatividade e, desta forma, contribuir para a inclusão destes alunos na comunidade escolar. Considero que a minha participação nesta atividade se tornou uma mais-valia, visto que, pude desenvolver as minhas habilidades comunicacionais, contribuir para o empoderamento destas crianças com NEE e potenciar a sua reabilitação psicossocial, o que possibilitou o desenvolvimento da seguinte

competência: “**implementa programas de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

3.2.2 – No contexto de internamento de agudos

Ao longo do ciclo vital as pessoas passam por mudanças que levam a alterações do seu estado de saúde, impondo a mobilização de recursos pessoais para fazer face aos mesmos. Estas mudanças são condicionadas pela fase de vida, gravidade da alteração da condição de vida e pelos recursos pessoais que possui (Mendes & Eufrásio, 2013). O Regulamento n.º 515/2018 (2018, p. 21427) defende que o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” Desta forma, optei por efetuar um **caso clínico** tendo por base a aplicação do Processo de Enfermagem.

Selecionei a utente “Y”, sendo a nomenclatura “Y” atribuída com o intuito de proteger a confidencialidade/anonimato da mesma e estabeleci os seguintes objetivos: aplicar o Processo de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria; realizar o acompanhamento da utente “Y” desde a sua admissão até ao momento da alta; orientar para o acesso aos recursos comunitários e contribuir para a sua reabilitação psicossocial.

A utente “Y” é do sexo feminino tendo sido admitida no serviço de Urgência no inverno (período diurno) por uma tentativa de suicídio com ingestão de inseticida e medicamentosa. O Centro de Informação Antivenenos deu indicação para realizar lavagem gástrica com carvão ativado e realizar reforço hídrico. Foi também realizado um eletrocardiograma e uma gasometria arterial como meios complementares de diagnóstico, sem alterações de relevo. Quanto ao estudo analítico/urina apresentava alterações tiroideias. Neto (2021) acrescenta que as mudanças ao nível hormonal podem estar relacionadas à alteração da função cerebral e no caso da depressão pelo défice da serotonina e da noradrenalina no sistema nervoso central, pelo que o hipotireoidismo pode agravar a sintomatologia depressiva.

Relativamente à **história clínica** da utente, esta possui como antecedentes pessoais depressão e enxaqueca, pelo que é seguida na Neurologia. Desconhece antecedentes

psiquiátricos na família. Quanto ao histórico de doença mental a utente era previamente acompanhada pela Consulta Externa da ULS, descreve várias tentativas prévias de suicídio com um internamento recente no mesmo internamento de agudos (momento em que conheci a utente) para contenção de risco suicida e estabilização psicopatológica da sintomatologia depressiva. Após a alta, não chegou a ir à consulta de enfermagem devido ao novo reinternamento. Desconhece alergias, nega consumo de substâncias e no domicílio cumpria com o regime medicamentoso instituído com função antidepressiva, ansiolítica, antipsicótica e estabilizadora do humor. Na admissão ao internamento, segundo a informação dos registos clínicos que pude consultar, esta possuía ideias de morte e insónia, pelo que foi internada com o diagnóstico médico de contenção de risco suicida e ajuste terapêutico. Relativamente ao Exame de Estado Mental estava descrito que a utente se encontrava vígil, consciente e orientada, com discurso lógico e coerente, centrado no seu declínio após a alta clínica do outro internamento. Apresentava humor depressivo e ansioso, com ideação suicida, ideias de morte acompanhadas de sentimentos de desalento e tristeza e hesitante relativamente à projeção no futuro. Foram avaliados os sinais vitais e o peso corporal, encontrando-se estes dentro dos parâmetros normais e com excesso de peso. Foi aplicada a escala de *Braden* (baixo risco de úlcera de pressão) e a escala de *Morse* (sem risco de queda). No índice de *Katz* a utente era independente nos autocuidados. Foram também aplicadas as seguintes escalas: a **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO XI)** com um *score* de 11, que revela níveis moderados de Ansiedade e Depressão e a **Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO XII)** com um *score* de 11, o que revela uma baixa autoestima.

Após a informação consultada no processo clínico da utente, passo a descrever o caso clínico tendo por base as quatro fases da **Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau**, isto é a fase da **orientação, identificação, exploração e resolução**.

A **fase da orientação** correspondeu ao primeiro momento de interação com a utente “Y”, sendo que este surgiu após o terceiro dia de internamento da utente. Optei por planear uma **sessão 0**, onde efetuei uma entrevista clínica com o objetivo de “recolher informações precisas e amplas que permitem orientar o pensamento para um diagnóstico” (Sequeira, 2020, p.90), tendo por base um **guião da entrevista**, de forma a identificar as necessidades/problemas e estabelecer uma relação de confiança. Como problemas a utente descreve que na semana anterior ao internamento realizou gastos excessivos: “foi tudo sem pensar, comprei um bilhete de autocarro meti-me nele e fui viajar” *sic*. Denotou que se

isolava da família, apresentava diminuição do apetite, com anedonia e alterações ao nível do sono (insónia intermédia e terminal com a presença de pesadelos), referindo: “mal saí do internamento não conseguia dormir e começaram a voltar as ideias de acabar com a vida, estou sempre a pensar da forma como vou suicidar” *sic*. Descreve que se sentia constantemente incompreendida pelo marido e identifica este como um dos principais fatores para a sua ideação suicida. Em concordância com a utente percebemos que o seu baixo nível de autocontrolo constituía o seu problema atual. Este levantamento de necessidades, permitiu-me desenvolver a seguinte competência específica: **“identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

A **avaliação inicial** insere-se na **fase da identificação**, onde pude recolher informações sobre a utente e estabelecer o **contrato terapêutico**. “O contrato terapêutico é um acordo estabelecido entre o enfermeiro e o utente relativamente ao tipo de intervenção ou relação que estes pretendem concretizar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2023b, p.29)

Na avaliação inicial o enfermeiro deve realizar uma avaliação biopsicossocial e conter aspetos como os suportes/apoios, fatores de stress, medicamentos, consumo de drogas e álcool, métodos e recursos internos e externos, entre outros (Eaton & Ertl, 2000 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2023b). De forma progressiva o enfermeiro deve explorar as características sociodemográficas, os problemas atuais, história de doença atual e acontecimentos precipitantes, estratégias de *coping* (adaptativas e mal adaptativas) atuais e anteriores, histórico médico, de doença mental, de uso de substâncias, do desenvolvimento, familiar, social, educacional, vocacional, religiosa/espiritual e forças/valores.

Pude então explorar as **caraterísticas sociodemográficas** da utente, sendo esta do sexo feminino, com idade compreendida entre os 50 e 60 anos, natural de um concelho do Norte de Portugal, com uma família nuclear (marido e 2 filhos). Com o intuito de ilustrar a estrutura familiar e as ligações que possui, optei por realizar um **ecomapa** e um **genograma**.

Possui o 6º ano de escolaridade, exerce funções como cozinheira embora neste momento se encontre com um Certificado de Incapacidade Temporária. A nível laboral descreve ser muito perfeccionista e exigente consigo mesma no local de trabalho, aquando questionada relativamente às relações no local de trabalho refere: “não dou grande confiança às minhas colegas de trabalho” *sic*. Desde a sua infância que se lembra de trabalhar, estando grande parte da sua vida a trabalhar num café.

Relembra ter residido na infância em várias regiões do Norte de Portugal, sendo que aos 4 anos mudou-se para o local onde hoje habita. Descreve ter um bom relacionamento com os pais, sobretudo com os irmãos (2 raparigas e 2 rapazes). Apresentava bons rendimentos escolares, no entanto, teve de deixar a escola para ir trabalhar. Aos 10 anos, afirma ter ocorrido um evento traumático (violação sexual por parte do tio paterno), aos 16 refere ter conhecido o atual marido e casado com 17 anos. Aos 20 anos nasceu o primeiro filho e o segundo com 25, mas em as ambas gravidezes descreve que nunca se sentiu apoiada. A morte do sogro foi um acontecimento importante, onde descreve que a sintomatologia depressiva surgiu nesta etapa e onde efetuou a primeira tentativa de suicídio. Quanto ao **histórico social** menciona nunca ter tido uma rede de suporte eficaz, atualmente descreve apenas a cunhada. Refere nunca ter consumido substâncias ilícitas, nem tabaco ou álcool. Na componente **religiosa/espiritual** afirma ser cristã praticante.

Com o intuito de desenvolver a competência “**avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428), explorei os fatores desencadeantes para a perturbação mental e os fatores protetores. A utente descreve como **fatores desencadeantes** os eventos traumáticos passados (violação e morte); a possessividade e o controlo excessivo do marido; a desvalorização pessoal e a impossibilidade de frequentar a dança. Como **fatores protetores** identifica os filhos sobretudo o mais novo, a paixão pela dança, a fé, a cunhada, o mar e viajar.

Identifica as seguintes **estratégias de coping**: música, cozinhar, escrever, cuidar das plantas e como **estratégias mal adaptativas anteriores** a dança. No internamento anterior, durante a participação em um programa instituído no serviço foram abordadas estratégias de *coping* relativamente ao uso da dança, embora referisse: “não consegui sequer pôr a estratégia em prática, o meu marido começou a implicar por eu ir à dança... (pausa)...gostava tanto de ter andado no rancho, nunca fui porque ele não me deixou” sic.

Solicitei à utente que descrevesse um dia do seu quotidiano “acordo, fico na cama, depois cozinho e tenho que fazer as coisas de casa, e é isto” sic.

Realizei também a **avaliação física** da utente onde foram avaliados os sinais vitais com valores semelhantes aos anteriores. Não apresenta alterações na integridade cutânea e possui dentição completa. Efetuei a **avaliação do Exame de Estado Mental**: a utente aparentava a idade real com algum desleixo no autocuidado da higiene corporal, sobretudo ao nível do cabelo/unhas “as unhas estão grandes, mas não tenho vontade para sair de casa”

sic. Com postura inibida, hipoativa e escasso contacto ocular durante a entrevista. Orientada nas três vertentes com memória preservada e atenção/concentração diminuída. Comportamento adequado. Manifesta humor depressivo e sentimentos de tristeza, desalento, culpabilização e raiva. Discurso coerente, escasso, com alguma latência nas respostas e alterações no processo de pensamento (bradipsiquismo), sem alterações no processo de percepção. Mantém ideias de morte, sem plano estruturado e alguma ambivalência à tentativa realizada, com *insight* para a doença e fraca projeção no futuro.

Assim, a informação fornecida pela utente permitiu-me compreender toda a história de saúde e o impacto do seu problema no quotidiano, pelo que considero ter desenvolvido com sucesso as seguintes competências: **“executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente”, “executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” e “avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Após a recolha da informação pude elaborar os **Diagnósticos de Enfermagem**, pelo que o autor Santos (2025), defende que cada Diagnóstico de Enfermagem é único e tem por base as características pessoais, condições de saúde, fatores ambientais e preferências individuais da pessoa. Os Diagnósticos de Enfermagem foram elaborados segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), sendo estes: a **insónia, ideação suicida, comportamento autodestrutivo, depressão, autocontrolo e baixa autoestima**. Durante o internamento identificou-se também o diagnóstico de Enfermagem **enxaqueca**, uma vez que é um dos antecedentes da utente e apresentava a dor descontrolada. A **obstipação** também foi outro dos diagnósticos, visto que utente apresentava alterações no padrão intestinal e necessitava da administração de terapêutica, conforme o protocolado no serviço. Assim, posso afirmar ter desenvolvido com sucessos as seguintes competências específicas: **“estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”, “aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros” e “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Durante a **fase exploratória** o alvo dos meus cuidados assentou no planeamento e implementação de intervenções de Enfermagem que promovessem a participação da utente,

a exploração eficaz dos recursos e o estabelecimento de novas metas. Amaral (2010) defende que no planeamento o Enfermeiro estabelece prioridades com base na hierarquia das necessidades básicas de *Maslow*, nas preferências do utente e no problema identificado. Deste modo, foram explorados os diagnósticos prévios com a utente, onde esta referiu “o que eu mais preciso de trabalhar é nos impulsos, sou uma pessoa que age muito sem pensar e queria mudar isso” sic, pelo que compreendi que o foco principal da minha intervenção seria no diagnóstico de enfermagem do **autocontrolo**. O autocontrolo é a capacidade de controlar as nossas emoções e os nossos desejos, pelo que se pretende que a pessoa seja capaz de regular as suas emoções negativas através de respostas positivas e assertivas a situações stressantes (Freitas & Mendes, 2020).

Bulechek *et al.*, (2010) citado por Peixoto *et al.*, (2020, p.124) recomendam as seguintes intervenções para o autocontrolo comprometido: **“ensinar sobre estratégias de autocontrolo, executar apoio emocional, treinar técnicas de autocontrolo e executar intervenção de promoção de um controlo de impulsos efetivo”**.

De seguida, irei abordar os **objetivos do treino do autocontrolo, as estratégias de intervenção e os indicadores de avaliação**.

A utilização do **treino do autocontrolo** teve por base o alcance dos seguintes **objetivos**: incentivar a utente a refletir/partilhar sentimentos e situações que possam desencadear uma reação indesejável; consciencializar a pessoa para a necessidade da mudança, instruir sobre sinais, sintomas e consequências da impulsividade, auxiliar a utente a identificar as estratégias de *coping* mais eficazes, instruir e treinar estratégias de modificação de comportamentos, instruir e treinar técnicas de relaxamento.

Relativamente às **estratégias de intervenção**, Freitas e Mendes (2020), referem que o treino do autocontrolo pode ser planificado com base no modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido e validado por Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut (2017), onde contempla a realização de 5 sessões. Como tal, as sessões foram planeadas tendo por base o modelo apresentado, no entanto, devido a condicionantes como a duração do estágio e a alta clínica da utente tive a necessidade de reduzir para **4 sessões**.

Na **sessão nº1** foi explicado o funcionamento das sessões e foi identificado o comportamento que necessita de ser mudado, nomeadamente a impulsividade. Nesta sessão foi aplicada a **Escala da Impulsividade de Barratt (ANEXO XIII)**, tendo obtido um score de 75, o que corresponde a um nível alto de impulsividade. A utente foi também incentivada a partilhar situações geradoras de impulsividade e a descrição dos sentimentos associados.

Posteriormente, pude instruir a utente sobre os sinais, sintomas e consequências da impulsividade no quotidiano. No final, propus que a utente preenchesse um **diário de impulsos** para ser entregue na próxima sessão, com base na identificação de situações/sentimentos/estímulos que possam desencadear uma resposta impulsiva e refletir num comportamento/reação desejável.

Na **sessão nº2** foi avaliado o progresso entre as sessões, foram esclarecidas dúvidas, e foi analisado o diário de impulsos com a utente. Nesta sessão a utente foi auxiliada a identificar estratégias de *coping* mais adequadas e formas de as operacionalizar. Também foram divulgadas estratégias no âmbito do controlo de impulsos. Queirós (2014) citado por Freitas e Mendes (2020) sugere a aplicação da técnica Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir e Responder (PROARR). Para além desta, também foi instruída a técnica do STOP, a contagem até 10 e a técnica da respiração diafragmática, sendo entregue um **flyer informativo** sobre a realização da técnica da respiração diafragmática. No final foi realizado o resumo da sessão e foi proposta a realização da atividade **“A caixa de ferramentas para o meu autocontrolo”**, para ser entregue na sessão seguinte. O desenvolvimento desta sessão permitiu-me dotar a utente de conhecimentos e estratégias, pelo que considero ter desenvolvido com sucesso a competência específica: **“concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Na **3ª sessão** foi analisada a atividade proposta **“A caixa de ferramentas para o meu autocontrolo”** e foram esclarecidas dúvidas, reforçadas as estratégias abordadas anteriormente e foi proporcionado o treino das estratégias. Foi também realizado o planeamento de um **KIT “SOS impulsos”**, segundo as preferências pessoais da utente e os fatores protetores identificados pela utente, nomeadamente: uma fotografia com os filhos, dança e da Nossa Senhora de Fátima, um código de barras referente à sua música favorita, uma lista de contactos telefónicos de apoio e da cunhada (contacto de referência), um frasco com areia do mar, chocolates e um caderno preto. A construção do KIT foi uma das estratégias desenvolvida por mim, enquanto aluna, para ser utilizada pela utente posteriormente à alta clínica sempre que surgir uma emergência. O desenvolvimento desta sessão permitiu-me assim desenvolver as seguintes competências específicas: **“promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada”** e **“educa e ajuda o**

cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p.21430).

Na **4ª sessão** foi avaliado o progresso entre as sessões, foi realizado um reforço positivo relativamente à aquisição de conhecimentos e o cumprimento dos objetivos. Nesta sessão também foi demonstrado fisicamente o **KIT “SOS impulsos”**, foram revistas as estratégias desenvolvidas ao longo das sessões, foram discutidas as preocupações relativamente ao fim da intervenção e foi novamente aplicada a Escala da Impulsividade de *Barratt*. A utente obteve um score de 87, o que traduz um nível alto de impulsividade e superior ao obtido inicialmente (score de 75). Refletindo junto da utente sobre o aumento no *score*, pude perceber que existiram fatores externos sobretudo no nível emocional que condicionaram estes resultados, nomeadamente a presença de insónias, a preocupação com a alta clínica, o receio de regressar ao domicílio e não ser capaz de aplicar as estratégias aprendidas e este constituir um período de maior stress para a própria. Assim, não considero que os valores obtidos sejam reflexo de insucesso das intervenções realizadas, uma vez que a diferença observada pode ser influenciada por fatores emocionais e situacionais presentes no momento da avaliação. No final da sessão foi solicitado o *feedback* da utente e foi aplicado um **questionário de avaliação da satisfação da atividade**. Relativamente ao *feedback* da utente esta verbaliza ser positivo e ter sido uma mais-valia sobretudo na aquisição de novas estratégias, pelo que efetuou de forma autónoma uma carta acerca dos seus projetos de vida no futuro. No questionário a utente demonstrou-se muito satisfeita com as intervenções realizadas.

Após o término da intervenção, a utente aquando questionada sobre as preocupações mencionou que as insónias se mantinham ao longo do internamento e que constituíam ainda um problema atual. Descreveu a presença de pesadelos e dificuldades em recordar o conteúdo sonhado. Neste sentido, optei por aplicar a **escala da qualidade do sono de Pittsburgh (ANEXO XIV)**, com obtenção de um score de 14 o que traduz uma pobre qualidade do sono. Não foi aplicada novamente a escala, uma vez que, a utente teve alta clínica, o que impediu a sua comparação. Perante o diagnóstico de enfermagem “insónia” ativo, existem as seguintes intervenções associadas: adoção de estratégias promotoras do sono, ensinar sobre estratégias de promoção do sono, ensinar sobre padrão de sono, ensinar sobre complicações do sono comprometido, executar técnica de relaxamento, referenciar sono comprometido ao médico (Ordem dos Enfermeiros, s.d.). Desta forma, informei a equipa médica sobre a alteração constante no padrão do sono, sendo pelo que foram

realizados ajustes terapêuticos. Optei também por planejar uma **sessão de relaxamento** com base nas técnicas do relaxamento muscular progressivo, imaginação guiada e respiração diafragmática. No entanto, esta sessão apesar de ter sido planeada, não chegou a ser realizada devido à alta clínica da utente. Pude efetuar uma **sessão de educação para a saúde no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis**, com o intuito de incentivar a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Durante a sessão a utente descreveu que no domicílio dormia cerca de 4/5 horas por noite, demorava muito tempo a adormecer e acordava várias vezes com pesadelos. Recorda que sonha com pessoas que já faleceram, como a tia e o sogro. Reconhece a importância de uma boa higiene do sono e afirma que “aos 17 anos trabalhava de dia e de noite, por isso bebia muitos cafés” *sic*. Atualmente não consome cafeína, nem álcool/tabaco. Foi instruída sobre estratégias para uma boa higienização do sono e reconhece que aplica algumas das estratégias, bem como a importância de uma gestão eficaz do *stress*, da pertinência de uma alimentação saudável e da prática regular do exercício físico. Descreve a importância da dança na sua vida e como se sente frustrada pelo marido não aceitar a sua participação na mesma. A pertinência da realização desta sessão assentou na necessidade em aumentar a literacia em saúde da utente e a promoção da saúde ao contribuir para uma higiene do sono mais eficaz, o controlar do peso corporal e a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Durante o internamento também pude realizar AEIPG onde a utente “Y” foi inserida, no âmbito da **expressão de sentimentos**: “A caixa dourada dos sentimentos” e “Viver o Natal”, ficando o resultado desta atividade exposto num espaço comum do internamento. A dança constituía um dos fatores protetores para a utente, pelo que optei também por realizar uma AEIPG no âmbito da **expressão artística** designada “Corpo em Movimento” com recurso ao *PowerPoint*.

Relativamente aos **exames complementares de diagnóstico** que a utente efetuou no internamento assentaram em estudos analíticos, com o intuito de avaliar as alterações tiroideias, uma vez que apresentava desde a admissão valores inferiores ao recomendando, sendo efetuado um pedido de colaboração de Medicina Interna. Por indicação médica foi recomendado que em ambulatório repetisse nova colheita sanguínea para doseamento da função tiroideia, com seguimento em Medicina Geral e Familiar. Também realizou um estudo da personalidade e da capacidade intelectual por parte da Psicologia.

Por último, a **fase de resolução** constitui o momento da alta clínica, isto é a fase de resolução do motivo que levou a utente ao internamento. Peplau (1952) descreve que à

medida que as necessidades identificadas anteriormente ficam plenamente satisfeitas, estas são abandonadas de forma voluntária pelo utente, pelo que no contexto hospitalar esta fase corresponde ao momento da alta. A mesma autora, defende que uma preparação educativa adequada, receber a pessoa de forma acolhedora e reforçar os resultados terapêuticos obtidos durante a experiência hospitalar contribui para o episódio de doença seja rapidamente integrado pelo utente. Nesta fase a utente de forma autónoma elaborou um documento onde relata os seus **projetos de vida** para o futuro.

Nesta fase destaco a importância em poder participar na reunião semanal com a equipa multidisciplinar, uma vez que, me permitiu planear os meus cuidados de enfermagem e ir preparando a utente para a finitude das minhas intervenções. Os focos dos meus cuidados basearam-se na promoção da autonomia da utente, avaliação dos ganhos objetivos, reforço de estratégias adquiridas, ajudar a utente a lidar com sentimentos de separação e garantir a continuidade dos cuidados.

Nesta fase também foi reaplicada a **Escala HADS** com um score de 7 (nível normal), o que demonstrou uma redução de valores. Relativamente à **Escala de Autoestima de Rosenberg** com um score de 16, o que revela uma autoestima normal. No momento da alta, foi realizada a **avaliação do Exame do Estado Mental** à utente, sendo esta apresentava um aspeto cuidado “aqui no internamento não podia fazer as unhas, nem tinha como pintar o meu cabelo, mas saindo daqui vai ser a primeira coisa a fazer” *sic*. Com postura calma, adequada e interativa, contacto ocular mantido durante a entrevista. Orientada nas três vertentes com memória preservada e atenção/concentração captável. Comportamento adequado. Apresentava humor eutímico e sentimentos de preocupação com a alta clínica “e agora indo para casa? aí é que eu vou ver se sou capaz de aplicar as técnicas que aprendi tenho...(pausa)...tenho medo de não conseguir, mas espero ser capaz” *sic*. Discurso coerente e sem alterações no processo de pensamento e percepção. Sem ideias de morte e com projeção no futuro.

Manteve a terapêutica instituída no serviço e foi instruída a própria e o convivente significativo (marido) sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico. “Os desafios enfrentados pelas pessoas com sintomatologia depressiva no que concerne ao regime terapêutico são vastos e multidimensionais. Desde os obstáculos emocionais e cognitivos, impostos pela própria condição, aos efeitos adversos dos medicamentos bem como às barreiras socioeconómicas e sociais” (Laranjeira *et al.*, 2023, p.27).

Segundo o Artigo 5.º da Lei n.º 35/2023 (2023, p.4) um dos objetivos da política de saúde mental visa “concluir a transição para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, tendo em vista melhorar a qualidade desses cuidados e garantir a proteção dos direitos nos serviços e entidades com intervenção na área da saúde mental”. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (Ordem dos Enfermeiros, 2011), no momento da alta o objetivo será garantir a continuidade dos cuidados e o acompanhamento da pessoa, de forma a manter e preservar a sua estabilidade psíquica e a sua qualidade de vida. “O acompanhamento de proximidade é uma mais-valia, sendo deste modo importante a articulação com os serviços especializados e os vários intervenientes no processo a nível comunitário, para que haja o acompanhamento efetivo das pessoas com doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.61).

O EEESMP planeia a alta com a pessoa e a família e garante o apoio familiar imediato, faz a articulação com o EEESMP da comunidade e/ou dos serviços de ambulatório da sua área de residência, procede à entrega da carta de alta e à marcação da consulta pós-alta de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, conforme a prioridade de intervenção, sendo o prazo máximo aconselhado de um mês (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Steele e Doey (2007) citado por Ordem dos Enfermeiros (2012), defendem que a marcação de consulta de acompanhamento ao nível dos Cuidados de Saúde Primários deve ser feita no prazo de 7 a 10 dias. Deste modo, com a minha intervenção pude garantir que o agendamento da consulta de enfermagem foi marcado o mais precoce possível, uma vez que no primeiro internamento a consulta agendada foi superior aos 10 dias. A continuidade de cuidados passou também por disponibilizar um número de telefone para onde os utentes/famíliares possam contactar, sendo que no momento da alta foi entregue o KIT “SOS impulsos” e lá estavam contemplados os contactos telefónicos (formais e informais).

A utente “Y” saiu acompanhada pelo marido e foram explicados os sinais de alerta, entregue a documentação clínica, espólio e o KIT. À saída do internamento, entregou uma **carta de agradecimento** aos profissionais do serviço onde estão contemplados os momentos/pessoas significativas para ela durante este internamento. Enquanto aluna do Mestrado, este gesto teve um significado especial para mim, uma vez que reconheceu o meu esforço e dedicação em prol da sua autonomia, bem-estar e reinserção social, pelo que a minha participação se tornou crucial para o desenvolvimento da competência específica: **“coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental,**

cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429) e **“orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Durante o estágio pude também consultar o Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2023c) para a identificação dos resultados esperados relacionados com o **humor depressivo (ANEXO XV), comportamento autodestrutivo (ANEXO XVI) e ideação suicida (ANEXO XVII).**

Com base no guia referido foram formulados os seguintes **indicadores de resultado:**

- Humor depressivo: taxa de adesão do cliente à experiência indutora de consciencialização e resolução do diagnóstico: humor depressivo;
- Comportamento autodestrutivo: Taxa de adesão do cliente à experiência indutora da consciencialização e resolução do diagnóstico: comportamento autodestrutivo;
- Ideação suicida: Taxa de adesão do cliente à experiência indutora da consciencialização e resolução do diagnóstico: ideação suicida.

A utente “Y” apresentou uma taxa de adesão de 100% a todas as sessões realizadas, pelo que considero a existência de uma taxa de 100% de adesão do cliente à experiência indutora da consciencialização para os três diagnósticos.

Quanto à resolução do diagnóstico humor depressivo os resultados da Escala HADS demonstraram uma redução de valores (inicialmente um *score* de 11 para 7, o que traduz a resolução na totalidade do diagnóstico identificado.

Quanto ao comportamento autodestrutivo, a utente “Y” foi capaz de identificar comportamentos autodestrutivos previamente adotados, reconheceu os impactos no seu bem-estar e a importância do autocuidado/autocontrolo. Foi capaz de identificar estratégias alternativas para lidar com situações de sofrimento emocional, o que evidenciou uma melhoria da consciencialização e a redução da vulnerabilidade para a adoção de comportamentos autodestrutivos. Para além disso, não apresentou comportamentos autodestrutivos ao longo do internamento, pelo que considero a resolução do diagnóstico de enfermagem: comportamento autodestrutivo.

Por último, no diagnóstico “ideação suicida”, a utente demonstrou não apresentar atualmente ideação suicida, reconhece os fatores desencadeantes e estratégias de prevenção. Descreveu uma maior valorização da vida e realçou a importância das suas redes de apoio o que permitiu uma evolução favorável da resolução do diagnóstico identificado.

A pesquisa destes indicadores permitiu-me determinar a efetividade do plano de cuidados e avaliar os ganhos em saúde mental, o que me possibilitou o desenvolvimento da seguinte competência específica: **“identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

3.2.3 – No contexto de respostas diferenciadas

O contexto prisional apresenta um ambiente em que os riscos para a saúde mental são ampliados devido ao isolamento social, perda de identidade/privacidade, falta de ocupação e a presença de sentimentos de impotência perante a resolução de problemas no exterior. São geralmente contextos não promotores de saúde, onde os riscos para a saúde são ampliados por condições como a sobrelotação, condições precárias de higiene e maior probabilidade de transmissão de doenças infecciosas (Santos *et al.*, 2026).

“O meio prisional, pela sua natureza de privação de liberdade e associado a perturbações psiquiátricas, pode espoletar comportamentos mais impulsivos e agressivos, levando a consequências negativas para o agredido e agressor” (Silva, 2021, p.16). Haney (2012) acrescenta que a desconfiança, a impulsividade e a agressividade face a situações insignificantes ou provocações são algumas das situações que ocorrem nos contextos prisionais. Deste modo, a minha intervenção enquanto aluna no contexto de respostas diferenciadas foi ao encontro das necessidades denotadas pelos reclusos do EP no âmbito da saúde mental. Através do recurso à entrevista com alguns dos reclusos pude perceber que a agressividade inerente ao contexto prisional é uma realidade e a maioria descreve dificuldades no seu autocontrolo, o que impacta o seu bem-estar emocional e as relações sociais. Desta forma, considero ter sido capaz de compreender a necessidade primordial em saúde mental destes indivíduos, o que me permitiu desenvolver as seguintes competências específicas: **“executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de**

um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428) e **“identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Após o levantamento das necessidades pude estabelecer como Diagnóstico de Enfermagem **“comportamento agressivo”**. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 44), este é definido como a “ação ou atitude energética de auto-assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente”. A seleção do presente diagnóstico permitiu-me desenvolver a seguinte competência específica do EEESMP: **“aplica sistemas de taxionomia standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros” e “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Posteriormente, na fase do planeamento, analisei junto das Enfermeiras Tutoras qual o melhor plano de cuidados tendo em conta as limitações inerentes ao contexto prisional e os resultados esperados. A Ordem dos Enfermeiros (s.d.) perante este diagnóstico possui como intervenções de enfermagem: avaliar evolução do autocontrolo do comportamento agressivo, executar técnica de relaxamento, promover autocontrolo, diminuir comportamento agressivo, prevenir acidentes, facilitar comunicação e expressão de emoções. Através da minha intervenção pretendia aumentar o conhecimento sobre a agressividade e capacitar os reclusos com estratégias de autocontrolo, pelo que a minha intervenção se inseriu na **psicoeducação no âmbito dos comportamentos agressivos**.

Silva (2021) defende que a psicoeducação visa ser parte integrante do regime terapêutico, tendo o intuito de capacitar os clientes relativamente à sua aprendizagem e construção de estratégias. Nogueira *et al.* (2017, p.24) afirma que “contribui para que a pessoa possa enfrentar possíveis estigmas e preconceitos por parte de outras pessoas, assim como favorece a promoção de hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida”. O mesmo autor defende que esta intervenção sendo realizada em formato de grupo possibilita a criação de espaços nos quais os elementos podem reconhecer as suas dificuldades, pensamentos, emoções e comportamentos, bem como lidar com questões interpessoais, explorar relações e contribuir para uma interação social eficaz.

Com o auxílio das Enfermeiras Tutoras foram selecionados **3 indivíduos do sexo masculino** com o diagnóstico de enfermagem “comportamento agressivo”, com capacidade cognitiva e com suscetibilidade à influência do grupo. Optei pela intervenção em grupo, uma

vez que, esta estratégia permite a partilha de experiências, promove a interação grupal e é também uma ferramenta mais económica. Inicialmente foram planeadas 4 sessões, no entanto, por questões organizacionais (indisponibilidade de um espaço físico para realizar as sessões bem como a necessidade de presença dos guardas-prisionais) foi necessário reduzir para **3 sessões**. As sessões foram adaptadas tendo por base a tipologia recomendada por Sousa, *et al.*, (2016) citado por Amaral, *et al.*, (2020). Os autores recomendam a duração da sessão de 45 a 90 minutos, uma a duas sessões por semana com duração de 3 a 6 semanas e 3 momentos de avaliação (inicial, final e *follow-up* em 3 meses). O *follow-up* não foi possível efetuar devido ao término do estágio. Considero importante destacar que as intervenções de enfermagem num EP são frequentemente condicionadas devido à dependência da disponibilidade dos guardas prisionais, pelo que exigiu de mim enquanto aluna o desenvolvimento da minha capacidade de adaptação e articulação constante com a restante equipa multidisciplinar.

A **sessão 0** foi crucial para o início do estabelecimento da **relação terapêutica**, confidencialidade e divulgação dos objetivos, sendo esta dinamizada com recurso ao *PowerPoint*. Destaco a importância da realização do quebra-gelo, uma vez que possibilitou a interação entre os elementos do grupo, facilitou a comunicação entre pares e possibilitou um ambiente favorável à participação na sessão. Ainda nesta sessão pude compreender que os elementos do grupo possuíam dificuldades na expressão de emoções no âmbito de situações potencialmente geradoras de agressividade. Demonstraram também uma postura desconfiada relativamente ao objetivo da sessão, tendo um dos reclusos verbalizado “continuo sem perceber porque me escolheram para vir aqui” *sic*. Aquando explorada a definição de comportamento agressivo, a culpabilização de terceiros foi comum aos três elementos, tendo um referindo: “eu só bati na pessoa porque ela estava a merecer por isso” *sic*. Nesta sessão pude também aplicar a **escala de Agressividade de Buss-Perry (ANEXO XVIII)**, que me permitiu recolher a informação necessária, avaliar os níveis de agressividade dos reclusos e desenvolver as seguintes competências do EEESMP: “**assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**” e “**avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

A escala destina-se “a medir quatro das dimensões constituintes deste traço (agressividade física, agressividade verbal, raiva e hostilidade), revelou-se um instrumento

com qualidades psicométricas aceitáveis” (Cunha & Gonçalves, 2012, p.14) Após a sua interpretação pude constatar a obtenção dos seguintes *scores*: **72 (agressividade moderada), 101 (agressividade elevada), 83 (agressividade moderada)**. Durante o seu preenchimento denotei que mantiveram a postura de desconfiança relativamente ao preenchimento da escala “O tribunal vai ver isto??” *sic*, levando a que muitas das perguntas da escala fossem respondidas perante o que é socialmente aceitável, o que pode ter condicionado os resultados. A baixa literacia dos reclusos constituiu uma das limitações para a interpretação correta da escala, bem como o défice de atenção demonstrado. Para mim, enquanto aluna a minha principal dificuldade resultou na pesquisa da escala traduzida para português, pelo que necessitei de solicitar o envio da mesma pela parte dos autores responsáveis pela tradução.

Relativamente às principais dificuldades denotadas nesta sessão resultaram na utilização dos recursos (projektor e computador), uma vez que o acesso à sala de visitas e a esta tipologia de aparelhos tem de ser autorizado e reservado previamente com os guardas-prisionais. Em contexto de grupo denotei que a principal dificuldade se prendeu sobretudo na confidencialidade (mesmo tendo iniciado a sessão a garantir este aspeto), considero que numa fase inicial mantiveram uma postura de desconfiança e de receio. A nível pessoal reconheço que abordar temáticas como a agressividade me fez desenvolver a minha empatia e sensibilidade na minha abordagem, pelo que considero ter desenvolvido com êxito e seguinte competência específica do EEESMP: **“demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Relativamente aos **indicadores de avaliação** considero que o *feedback* dos participantes bem como da enfermeira tutora foi bastante positivo. Destaco também a importância do preenchimento da **folha de avaliação dos participantes** em cada sessão, pois teve um papel essencial na posterior reflexão/avaliação dos participantes, com base no nível de participação do recluso, interesse, comportamento, interação com os outros e atenção, bem como no desenvolvimento da seguinte competência do EEESMP: **“identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429). A aplicação da escala de Agressividade de *Buss-Perry* constituiu também uma ferramenta essencial para justificar o diagnóstico de enfermagem e avaliar os níveis de agressividade.

Relativamente à **sessão 1** inicialmente estava prevista ser uma intervenção de grupo, no entanto, apenas um dos três reclusos selecionados compareceu à sessão, pelo que necessitei de alterar o formato para uma **intervenção individual**. Um dos reclusos encontrava-se em Regime de Permanência Obrigatória no Alojamento, pelo que não foi possível selecionar o recluso para a intervenção. Bessa *et al.* (2026, p.155) descrevem que “mesmo apresentando comportamentos agressivos ou risco efetivo de os desenvolver, o cliente tem sempre o direito de ser tratado com respeito, devendo os enfermeiros evitar julgamentos e processos de estigmatização, compreendendo que a agressividade, muitas das vezes, é um reflexo de sofrimento emocional, de frustração ou de medo”. O outro recluso selecionado recusou participar, tendo referido “não sou agressivo para ir para essas formações” *sic*. Tentei explorar o motivo da recusa, ao qual refere “isto é uma perda de tempo... só ia à atividade se fosse para me fazer ficar menos tempo cá dentro”, pelo que a atividade foi encarada como uma imposição institucional. No planeamento realizado, selecionei a recusa da participação como critério de exclusão, pelo que este elemento foi excluído da sessão. Bessa *et al.* (2026, p.155) defendem que “cuidar de clientes com comportamentos agressivos é um desafio que exige sensibilidade, empatia e, acima de tudo, uma forte base ética e deontológica”. Segundo os mesmos autores, o direito em recusar a participar na proposta do enfermeiro é um princípio fundamental da autodeterminação e liberdade, pelo que a autonomia do cliente deve ser considerada sempre que possível. No entanto, quando a segurança do cliente se encontra em risco, deve-se atuar de acordo com o princípio da beneficência, isto é, segundo o benefício, segurança e o bem-estar da pessoa. O princípio da não maleficência deve ser utilizado para evitar causar danos ao cliente em situações que exigem contenção, pelo que se deve optar pelas intervenções menos invasivas, proteger o cliente, sem infringir os seus direitos ou causar danos.

A sessão 1 foi dinamizada com recurso ao *PowerPoint*, onde foram abordados conceitos teóricos relacionados com a agressividade (sinais de alerta, autocontrolo, ciclo da agressividade, fatores que despoletam comportamentos agressivos...). Relembro que a minha principal dificuldade resultou em manter captável a capacidade de atenção do recluso e denotei que muitas das respostas do mesmo assentavam em respostas socialmente desejáveis. Considero que a presença dos guardas prisionais também possa ter comprometido a privacidade das informações reveladas pelo recluso, o que pode resultar na omissão de informações. No final da sessão foi negociada a realização de uma tarefa com o

recluso, com vista a autorreflexão sobre o seu autocontrolo para ser entregue na próxima sessão, tendo este se demonstrado interessado e motivado.

A **sessão 2 e 3** também foram dinamizadas com o recurso ao *PowerPoint*, tendo sido iniciada com o esclarecimento de dúvidas, resumos das sessões anteriores e analisada a tarefa proposta.

Quanto à instrução sobre as estratégias de autocontrolo foram abordas as seguintes: **técnica “Parar, Relaxar, Observar, Analisar, Refletir, Responder” (PROARR); semáforo das emoções; respiração diafragmática.** O recluso descreveu ter conhecimentos sobre a execução da respiração diafragmática embora identificasse algumas dificuldades na aplicação prática. Neste âmbito, para esta sessão tinha planeado a realização da **técnica do relaxamento muscular progressivo**, no entanto, não foi realizada por motivos externos (ruído e interrupções dos profissionais que necessitavam de utilizar a sala), uma vez que, iria condicionar a eficácia da intervenção. A limitação do *setting* constituiu o principal obstáculo desta sessão final, uma vez que, não foi o mais indicado para a realização de uma sessão de relaxamento. O EP dispõe de uma sala *snoezelen*, no entanto, não se encontra em funcionamento, o que implica o condicionamento da realização destes tipos de intervenção, sendo uma das dificuldades diárias dos profissionais que exercem funções neste estabelecimento. Para colmatar esta barreira, optei por explicar a técnica do relaxamento muscular progressivo de forma teórica e o recluso mencionou já a ter utilizado quando esteve no EP da Bélgica. Deste modo, considero que esta atividade me permitiu desenvolver as competências específicas do EEESMP: **“concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429), **“implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”** e **“demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Relativamente aos **instrumentos de avaliação** utilizei o *feedback*, sendo este bastante positivo e o recluso conseguiu identificar os ganhos obtidos. No planeamento elaborado para a técnica de relaxamento corporal pretendia utilizar a **análise dos valores obtidos da tensão arterial e da frequência cardíaca** (antes e após a técnica), no entanto, estes parâmetros não foram avaliados devido à indisponibilidade de recursos no momento

da realização da sessão. A aplicação do **questionário de Agressividade de Buss-Perry** constituiu outro dos instrumentos, tendo o recluso obtido um **score de 63**, o que representa um nível de **agressividade moderada**. Comparando com o valor obtido na fase de pré-intervenção (*score* 83) consta-te que apesar de manter níveis moderados de agressividade, houve uma redução de *score*. Também foi aplicado um **questionário da avaliação de satisfação** que continha a avaliação numérica das sessões (de 0 a 5), tendo o recluso avaliado a sessão com o nível 5 (muito satisfeito).

Com o intuito de refletir nos resultados obtidos, considero importante analisar os **indicadores de resultado (ANEXO XIX)** inerentes ao Diagnóstico “**comportamento agressivo**” elencados pela Ordem dos Enfermeiros (2023c). Com base nos indicadores foi utilizada a:

- Taxa de clientes com critérios de inclusão e com adesão à experiência indutora da consciencialização. A taxa de participação dos participantes foi aproximadamente de 33%, uma vez que dos 3 participantes apenas 1 aderiu à atividade.

Desta forma, como apenas um utente aderiu a todas às sessões, foram definidos os seguintes indicadores:

- Taxa de adesão do cliente à experiência indutora da consciencialização. Relativamente à taxa de participação o recluso participou em todas as sessões, pelo que foi de 100%.
- Resolução do diagnóstico: comportamento agressivo. Na pré-intervenção foi aplicada a escala de Agressividade de Buss-Perry com um *score* de 83 (agressividade moderada) e após a intervenção obteve um *score* de 63. Comparando com os valores obtidos consta-te que apesar de manter o diagnóstico ativo, houve uma redução do *score*.

Desta forma, faço um balanço positivo da minha intervenção, uma vez que, consegui planear e implementar de forma eficaz o meu plano de cuidados, o que me permitiu desenvolver a seguinte competência específica do EEESMP: “**realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados**” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Relativamente às dificuldades denotadas assentaram sobretudo em condicionantes externos como a limitação horária (horários das refeições, da recolha dos reclusos para as celas, do recreio, visitas...), a dependência da disponibilidade dos guardas prisionais e a presença de regras rígidas no âmbito do controlo da segurança. A presença destas dificuldades permitiu-me lidar com sentimentos como a frustração e a sensação de impotência, no entanto, também reconheço que estes momentos me permitiram desenvolver a minha capacidade de improvisação e adaptação a novas circunstâncias.

Paralelamente à atividade que me propus a realizar pude também efetuar AEIPG no âmbito da expressão de sentimentos designada de **“Cartas de São Valentim”** e **“A caixa das emoções”**. Na **expressão plástica/artística** pude efetuar a AEIPG denominada de **“O Carnaval: o outro lado da máscara”**. O desenvolvimento destas atividades permitiu-me desenvolver a competência específica do EEESMP: **“elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Durante o estágio pude também executar a intervenção do **treino da assertividade** em formato individual, uma vez que numa das AEIPG detetei que um dos elementos do grupo revelava comportamentos não assertivos. “O treino da assertividade deve ser prescrito em pessoas que revelam comportamentos não assertivos e que, por via disso, mostram desconforto, insatisfação, sofrimento e/ou mesmo comprometimento funcional” (Sequeira, 2020, p.200). Este foi efetuado apenas com **uma sessão**, uma vez que, disponha de um curto espaço temporal até ao término do estágio e estabeleci como objetivos: desenvolver competências no âmbito de uma comunicação assertiva, reduzir a incidência de comportamentos agressivos/passivos nas relações interpessoais; instruir e treinar técnicas do treino da assertividade e aplicar técnicas de assertividade em situações do quotidiano perante críticas, pedidos ou provocações. De acordo com Sequeira (2020), podem ser utilizadas várias técnicas, entre as quais: a **técnica do 5 eu, do risco riscado, do colete, pergunta assertiva, ironia assertiva, mudança de tema e do acordo assertivo**. Utilizei o **role-play** para treinar com o recluso as técnicas aprendidas com o intuito de simular situações do quotidiano através do recurso a críticas, pedidos ou provocações colocadas em **cartões informativos**.

Reconheço que a intervenção individual constituiu uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da confiança e da relação terapêutica com o recluso, permitindo que este se conseguisse expressar emocionalmente. Reconheço que seria benéfico a existência de mais sessões neste âmbito, sobretudo no treino das técnicas e até mesmo ao possibilitar a colaboração de outros reclusos em tornar a situação descrita no cartão o mais semelhante à realidade prisional, no entanto, dado o término do estágio não foram planeadas mais sessões. Para permitir a consolidação e o treino autónomo das técnicas aprendidas optei por elaborar um **flyer informativo** e entregar ao recluso.

Como **indicadores de avaliação** da atividade selecionei a participação, envolvimento e interação do recluso na atividade, a compreensão das técnicas de assertividade, demonstração de respostas assertivas nos exercícios práticos e o *feedback* do participante. Considero ter atingido com sucesso a atividade, uma vez que o participante se demonstrou interessado na temática, sobretudo nos exemplos práticos do *role-play*, revelando ser capaz de utilizar as técnicas aprendidas e descrevendo um feedback positivo da sua participação, pelo que considero ter atingido com sucesso a seguinte competência específica do EESMP: **“concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental”** e **“realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

Paralelamente à realização das atividades existiram outras experiências que pude contactar durante o estágio e considero importante refletir sobre as mesmas, como por exemplo, ao nível da **gestão do regime medicamentoso**. No EP existia um dia em específico destinado à administração de medicação injetável onde era sobretudo utilizado o haldol decanoato e a risperidona. Destaco a importância de ter estado presente nestes dias, uma vez que me possibilitou rever conhecimentos no âmbito da farmacologia, fortalecer a relação terapêutica com os reclusos, promover a adesão à terapêutica, reduzir o risco de descompensação e, desta forma, conseguir contribuir para a continuidade de cuidados entre o contexto prisional e a comunidade, pelo que possibilitou o desenvolvimento da competência específica: **“gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429) e **“promove a adesão ao tratamento em**

peessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Durante o estágio pude também conhecer os projetos existentes no EP, tendo estes por base a arteterapia (confeção de velas e sabonetes) e a construção de uma horta. No meu período de estágio estes projetos não se encontravam em vigor, embora reconheça a importância destas terapias ocupacionais, tendo em vista o desenvolvimento das competências motoras, cognitivas, sensoriais e ao nível da reinserção social. O EP dispõe também de ofertas formativas como a escola, que contempla a escolaridade básica, secundária, cursos profissionais e atividades laborais (oficinas de mecânica, serralharia, pichelaria, pintura, agricultura...). Este conjunto de ofertas permite promover e capacitar a autonomia dos indivíduos e contribuir para uma reinserção social eficaz. Participei em um projeto terapêutico onde o Enfermeiro fica responsável pela avaliação e acompanhamento de 13 reclusos, desde a admissão até à alta, bem como a atualização do plano de cuidados. A minha participação neste programa permitiu-me aprimorar habilidades comunicacionais, sobretudo no desenvolvimento da técnica de entrevista aquando da realização da avaliação inicial. Reconheço que esta oportunidade me permitiu estabelecer uma relação terapêutica com os reclusos, diminuindo assim a resistência/desconfiança dos reclusos face às minhas intervenções e permitiu-me ajudar na identificação das suas necessidades. Deste modo, através da participação neste programa considero ter conseguido desenvolver a seguinte competência específica do EESMP: **“desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

3.3. O AUTOCONHECIMENTO COMO COMPETÊNCIA COMUM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ESPECÍFICA DO EESMP

Todo o processo sobre o autoconhecimento foi muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto aluna, uma vez que, me permitiu refletir nas minhas qualidades, falhas, medos e limitações. Desta forma, posso afirmar que o desenvolvimento do autoconhecimento no decorrer dos estágios se tornou uma ferramenta

diária. “O autoconhecimento surge como o atributo que ajuda os enfermeiros a darem resposta à exigente tarefa da relação terapêutica. A partir dele reconhecem a vulnerabilidade pessoal e podem desenvolver aptidões” (Gardner, 2010, p.45)

Considero que no primeiro contexto de estágio na UCC, os relatos fornecidos pela cuidadora “X” referentes ao sofrimento, exaustão, tristeza e a sensação de impotência, me fizeram refletir sobre as minhas próprias reações emocionais perante esta situação de vulnerabilidade e sofrimento humano. Desta forma, destaco a importância da utilização da empatia, do estabelecimento de regras no início da intervenção e a definição clara de limites, que se tornaram essenciais para manter uma distância terapêutica e conseguir evitar fenómenos de transferência e contratransferência, pelo que considero ter desenvolvido as seguintes competências do Enfermeiro Especialista: **“detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, “consciencializa a influência pessoal na relação profissional” e “reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). No âmbito das competências específicas do EEESMP destaco as seguintes: **“demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” e “mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Relativamente ao estágio no internamento agudos considero importante refletir no impacto que teve para mim a seleção da utente para o caso clínico, uma vez que a utente que tinha inicialmente selecionado teve alta clínica ainda aquando da realização do planeamento de cuidados, pelo que necessitei de selecionar outra pessoa. Nesse momento, recordo que tive de lidar com sentimentos como a frustração, uma vez que, não consegui aplicar na prática o que tinha planeado e a aproximação da data de entrega do plano de ação era algo que me preocupava, uma vez que, ainda teria de escolher outra utente. Para colmatar esta dificuldade tentei gerir as minhas expectativas pessoais e demonstrei os meus sinais de preocupação para com a Enfermeira Tutora, sendo que esta me fez reconhecer a importância do planeamento efetuado e na existência de fatores externos como a decisão da alta. Deste modo, necessitei de selecionar outra utente para o meu caso clínico e em conjunto com a Enfermeira Tutora definimos alguns critérios de inclusão, nomeadamente, selecionar uma utente com base na motivação em participar nas atividades que iria planear e não ter prevista uma alta precoce. Deste modo, posso afirmar ter conseguido desenvolver a competência específica do EEESMP: **“identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e**

outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Relembro também que a primeira semana de estágio no contexto de respostas diferenciadas foi crucial para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, uma vez que, constituía a minha primeira vez a exercer funções em um contexto prisional, o que acarretou algumas dificuldades sobretudo no âmbito da gestão emocional. O meu primeiro contacto perante algumas histórias de vida, situações de violência, abuso sexual, consumo de substâncias e a presença de diagnósticos que até à data ainda não tinha tido contacto, acarretaram em mim sentimentos de insegurança, frustração e algum receio aquando da minha primeira abordagem com os reclusos. Deste modo, considero que a adaptação ao contexto prisional foi extremamente difícil, uma vez que é um ambiente muito diferente dos outros tipos de contextos de saúde ao qual eu estava habituada, o que me fez refletir sobre os meus próprios valores, emoções, identidade profissional. A utilização da comunicação não verbal sobretudo aquando da realização de entrevistas a reclusos sobre histórias de vida complexas, considero ter sido um dos aspetos onde senti a necessidade de desenvolver enquanto aluna, sobretudo na adequação do tom de voz, postura, expressões faciais e contacto visual, no entanto, reconheço que com o desenrolar do estágio fui capaz de desenvolver a competência específica do EEESMP: **“monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Também o facto de o contexto prisional possuir regras internas de segurança tão específicas, como por exemplo, a proibição do uso do telemóvel pelos profissionais, me permitiu refletir nos meus próprios hábitos, o que me causou algum desconforto inicial e me permitiu compreender o quanto eu estava habituada a utilizar este dispositivo para comunicar e consultar informação. No entanto, esta proibição possibilitou que desenvolvesse a minha capacidade de adaptação e conseguisse encontrar estratégias alternativas, tais como, efetuar uma organização prévia e um planeamento detalhado das intervenções que iria realizar. Reconheço também que a insegurança física e emocional, o estigma social em relação à população prisional e os desafios encontrados na limitação da autonomia de enfermagem no EP constituíram para mim um grande desafio. Para tal, procurei investir nas minhas competências comunicacionais, praticar cuidados com base no respeito e dignidade humana,

desenvolver a minha capacidade crítica e conhecer/aplicar as normas de segurança existentes no EP.

Para além destas dificuldades relembro também que no EP existiram algumas situações com alguns reclusos de resistência ou desconfiança face à intervenção da administração do injetável, uma vez que eu era um elemento novo no EP. Kovitz (1998), afirma que a resistência à intervenção é algo que possa surgir ao longo do processo psicoterapêutico e o enfermeiro não deve ignorar ou terminar a intervenção, mas sim serem trabalhadas em parceria com a pessoa. O autor defende que apenas nos casos em que estas não evoluem favoravelmente ao longo das sessões é que se deve ponderar o término da intervenção, na medida em que não existe uma evolução positiva das metas estabelecidas. Nos casos vivenciados durante o estágio considero que com o desenrolar do tempo esta resistência foi diminuindo e me permitiu desenvolver estratégias pessoais para conseguir lidar com estas situações, pelo que atingi com sucesso a competência específica do EEESMP: **“gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”** (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428)

3.4. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006) o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que se sustentando nos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo os desenvolva e aprofunde. Este, também é conferido aos profissionais que constituem a base de desenvolvimentos/aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p. 2246).

Relativamente ao desenvolvimento de conhecimentos considero ter sido fulcral a minha participação nas diversas unidades curriculares desde o 1º ano do Mestrado, bem como a respetiva aplicação prática nos diversos contextos, o que exigiu de mim enquanto aluna uma revisão do que foi lecionado, bem como a atualização constante dos conhecimentos teóricos e práticos. No contexto da investigação, inserido no presente relatório, pude realizar uma revisão narrativa da literatura no âmbito da intervenção do

EEESMP no contexto prisional, o que me permitiu desenvolver conhecimento científico no âmbito da Enfermagem. Também com o intuito de aumentar a minha aprendizagem pude de forma autónoma participar nas seguintes formações adicionais:

- Participou no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio - Unidos pela Vida, realizado a 10 de setembro de 2025 (ANEXO XX);
- Participou no I Fórum de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Desafios e Práticas Interdisciplinares, no dia 1 de outubro de 2025 (ANEXO XXI);
- Participação no *webinar*: Dos cuidados primários à psiquiatria: como garantir uma referenciação eficaz, realizado no dia 20 de fevereiro de 2026 (ANEXO XXII);
- Participou no curso: Intervenções Psicoterapêuticas na área do pensamento concluído no dia 26 de fevereiro de 2026 (ANEXO XXIII);
- Participação no *webinar*: Burnout: o cansaço invisível dos profissionais de saúde realizado no dia 27 de março de 2026 (ANEXO XXIV).

Ao longo deste mestrado pude também participar como coautor dos seguintes posters:

- Participação como coautor no póster: “A hipodermóclise no controlo sintomático da pessoa em fim de vida: perspectiva dos Enfermeiros”, inserido no Congresso Luso Galaico de Cuidados Paliativos que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 2025 (ANEXO XXV);
- Participação como coautor no póster: Ferida Neoplásica: um desafio nos Cuidados Paliativos, inserido no Congresso Luso Galaico de Cuidados Paliativos que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 2025 (ANEXO XXVI).

O grau de Mestre é conferido aos que demonstrem **“ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”** (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p. 2246). Assim com o intuito de desenvolver a presente competência pude numa reunião do meu serviço divulgar e apresentar o poster “A hipodermóclise no controlo sintomático da pessoa em fim de vida: perspectiva dos Enfermeiros”, com o intuito de

divulgar à equipa de enfermagem os principais resultados obtidos e contribuir para a atualização de conhecimentos da equipa de Enfermagem.

Após a descrição e reflexão das atividades e das competências desenvolvidas ao longo dos estágios, considero ter desenvolvido os requisitos essenciais para o atingimento do grau de Mestre.

**PARTE II - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO
PRISIONAL**

1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

A revisão narrativa da literatura no âmbito da Intervenção do EEESMP em Estabelecimentos Prisionais (EP), surgiu da escassez de evidência científica e da necessidade de contextualizar a prática baseada na evidência no estágio de respostas diferenciadas. Assim, a pesquisa teve como objetivo: analisar a literatura existente sobre a intervenção do EEESMP em EP. A pesquisa foi realizada através da utilização dos seguintes termos MeSH: Correctional Facilities, Prisoners, Nurse's Role, Psychiatric Nursing, Mental Health, inmates, incarcerated e os seguintes operadores booleanos: AND e OR. Foi feita uma pesquisa nas bases de dados: SciELO e PubMed, com recurso à plataforma B-ON. Dada a escassez de artigos encontrados e sendo uma revisão narrativa foi ainda feita uma pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e no Google Académico (literatura cinzenta). Foram selecionadas as publicações em português, inglês e espanhol. Os tipos de estudos incluídos neste trabalho assentaram em estudos exploratórios, quase-experimentais e qualitativos. O período de revisão não compreendeu nenhum limite temporal, devido à escassez de literatura sobre a temática.

Palavras-chave: EP, Pessoas Detidas, Papel do profissional de Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental, presos, encarcerados

Keywords: Correctional Facilities, Prisoners, Nurse's Role, Psychiatric Nursing, Mental Health, inmates, incarcerated

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão que atua em diferentes contextos socioambientais e culturais, com o objetivo de responder às necessidades de todas as pessoas enquanto direito humano. É nesta perspetiva de atuação em diversos contextos que se inserem os cuidados de enfermagem às pessoas privadas da liberdade.

O contexto prisional requer do enfermeiro uma multiplicidade de competências inseridas no âmbito da relação terapêutica, assertividade, gestão do stress, aconselhamento, intervenção em crise, gestão de conflitos e na prevenção a gestão de comportamentos agressivos (Santos *et al.*, 2026). Desta forma, “o Enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem contacto direto, prolongado e constante com os reclusos, na contribuição de serviços de saúde. Como tal, é seu dever a identificação de sinais e sintomas compatíveis com a doença mental, de forma a atuar preventiva e terapêuticamente” (Azevedo, 2014, p.50). De destacar a intervenção do EEESMP, uma vez que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427). Sampaio & Carlos (2011) defendem que existem benefícios na melhoria da qualidade de vida do indivíduo e na promoção de saúde mental quando existem EEESMP na equipa multidisciplinar de saúde.

A revisão narrativa da literatura no âmbito da Intervenção do EEESMP em EP, emergiu pela escassez de evidência científica na área e da necessidade de contextualizar o estágio em estabelecimento prisional. A revisão narrativa consta numa revisão apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado tópico ou assunto, resumindo o que foi publicado anteriormente, sob uma perspetiva teórica. A principal finalidade é fornecer ao leitor sínteses narrativas, estudos e publicações relevantes que abordam a temática em análise (Rodrigues *et al.*, 2022). Não existe consenso sobre a estrutura-padrão de uma revisão narrativa, pelo que Ferrari (2015) e Green *et al.*, (2006) recomendam o seguinte formato: **título, resumo, introdução, métodos, discussão, conclusão e referencias bibliográficas (ANEXO XXVII).**

MÉTODOS

A pesquisa ocorreu utilizando os termos MeSH: Correctional Facilities, Prisoners, Nurse's Role, Psychiatric Nursing, Mental Health, inmates, incarcerated e os seguintes operadores booleanos: AND e OR. Foi feita uma pesquisa nas bases de dados: SciELO e PubMed, com recurso à plataforma B-ON. Dada a escassez de artigos encontrados e sendo uma revisão narrativa foi ainda feita uma pesquisa no RCAAP e Google Académico.

Os tipos de estudos incluídos neste trabalho assentaram em estudos exploratórios, quase-experimentais e qualitativos. Também foi incluído um e-book devido à escassez de artigos neste âmbito. O período de revisão compreendeu o mês de janeiro até junho de 2026 e foram utilizados como critérios de inclusão estudos em português, inglês ou espanhol, que abordassem a intervenção do EEESMP em contexto prisional. O período de revisão não compreendeu nenhum limite temporal, devido à escassez de literatura sobre a temática. Excluíram-se artigos centrados na atuação de outros profissionais de saúde e artigos fora do contexto prisional.

RESULTADOS

Para a presente revisão foram incluídos 4 artigos no âmbito das intervenções do EEESMP em meio prisional, pelo que foram agrupados na tabela seguintes.

A **tabela 1** foi organizada de forma a conter o título do artigo, o autor/ano, tipo de estudo, a amostra, objetivo do artigo, a intervenção do Enfermeiro/ EEESMP e os principais resultados/conclusões obtidos.

Tabela 1 – Artigos incluídos na revisão narrativa

Título	Autor/ Ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo do artigo	Intervenção do Enfermeiro /EESMP	Resultados/ Conclusões
1. Nurse-led mind-body relaxation intervention in prison: A multiperspectiv e mixed- method evaluation	Pralong, <i>et al.</i> (2020)	Estudo exploratório misto	16 reclusos do sexo masculino com idades entre 25 e 38 anos, profissionais de saúde (6 enfermeiros, 1 psicóloga, 4 médicos) e guardas prisionais.	-Avaliar os benefícios da intervenção do enfermeiro no âmbito do relaxamento a um grupo de reclusos, guardas prisionais e profissionais de saúde.	-1 a 2 sessões de relaxamento por semana, com duração de 1 hora e realizadas por 1 ou 2 enfermeiras; -Sessões estruturadas, mas com espaço para flexibilidade; - Cada sessão é com um grupo diferente, com 5 a 10 participantes	- Os participantes descrevem maior autonomia na prática individual dos exercícios, diminuição da tensão física/ansiedade, melhoria da qualidade do sono e da condição física; - A intervenção foi percecionada como uma alternativa à medicação; - Intervenções de relaxamento, conduzidas por enfermeiros, podem

						ser benéficas para contribuir para uma gestão eficaz do stress e para a promoção da saúde mental em contexto prisional.
2. Effect of Iyengar Yoga on Mental Health of Incarcerated Women A Feasibility Study	Harner, <i>et al.</i> (2010)	Estudo Quase-experimental	- 21 reclusas do sexo feminino	- Avaliar a viabilidade de fornecer uma intervenção de exercícios físicos em um EP; - Observar o efeito de um programa de ioga sobre os níveis de sintomas de depressão,	- Aplicação das escalas: Inventário de Depressão de Beck, da Ansiedade de Beck e a Escala de Stress Percebido; - Intervenção em grupo (duas sessões por semana, durante 12 semanas) de um programa de ioga por um enfermeiro	- As mulheres que participaram neste programa apresentaram menos sintomas de depressão, ansiedade e <i>stress</i> ao longo do tempo. - Os resultados deste estudo podem ser usados para aprimorar intervenções futuras com foco nos resultados de saúde de mulheres presas.

				ansiedade e stress em mulheres nos EP		
3. Traditional Filipino Arts in Enhancing Older People's Self-Esteem in a Penal Institution	Guzman, <i>et al.</i> (2010)	Estudo qualitativo descritivo	- 6 reclusos do sexo masculino com idade compreendida entre os 54 e 70 anos.	- Avaliar de que forma a participação em atividades de artes tradicionais filipinas poderia contribuir para o aumento da autoestima de idosos em estabelecimentos prisionais	- Arterapia	- Os resultados revelaram que a arteterapia proporcionou melhorias na sua autoestima, permitiu que estes conseguissem superar as dificuldades de aprendizagem e proporcionou uma sensação de realização aos participantes. O uso das artes tradicionais filipinas como intervenção demonstra o seu poder

						como ferramenta recreativa e terapêutica.
4. A Saúde mental e os EP: implementação de programas de promoção da saúde mental	Sampaio e Carlos (2011)	Estudo quase-experimental	2 grupos de reclusos do EP do Porto: - O grupo de reclusos da camarata de Observação incluía <u>7 reclusos</u> com síndrome de abstinência de substâncias; -O grupo da camarata de Observação e Acompanhamento incluía <u>8 reclusos</u> encontravam-se os reclusos com problemas de	- Avaliar a eficácia da implementação de programas de promoção da saúde mental dirigidos a reclusos do EP do Porto	- Aplicação da Escala de Risco de Suicídio, Escala de Autoestima de <i>Rosenberg</i> , Escala de <i>Hamilton</i> para Avaliação da Depressão, Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Hamilton, Indicador NOC “Habilidades de Interação Social”, e Indicador NOC “Controlo da Impulsividade” - 5 sessões de 1 hora de grupoterapia (dirigidas à	-A implementação de programas de promoção da saúde mental em contexto prisional parece ser efetiva e importante para a melhoria da saúde mental dos reclusos; -Verificaram-se ganhos muito significativos, sobretudo ao nível da autoestima, ansiedade e ao nível do risco de suicídio. Nos reclusos da camarata de Observação, sobretudo ao nível da autoestima e ansiedade. Nos reclusos da camarata de Observação e

			adaptação e elevado risco de suicídio.		consciencialização/ motivação para a cessação do consumo de substâncias) - 1 sessão de relaxamento muscular progressivo de <i>Jacobson</i>	Acompanhamento verificaram-se ganhos ao nível do risco de suicídio, e perdas ao nível da autoestima; - Os autores recomendam a existência de mais investigação nesta área.
--	--	--	--	--	---	---

DISCUSSÃO

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009) a discussão dos resultados é a etapa mais difícil de um trabalho de investigação, uma vez que exige uma reflexão intensa e uma análise de todo o processo de investigação.

Da revisão narrativa realizada encontram-se várias lacunas, que tornam premente o desenvolvimento de estudos de investigação sobre a implementação de intervenções especializadas pelo EEESMP. Apenas 4 estudos cumpriram os critérios de inclusão e destes, apenas um menciona de forma clara que a intervenção foi realizada por EEESMP (Sampaio & Carlos, 2011). Um dos estudos implementou a arteterapia com o intuito de melhorar a autoestima de idosos reclusos (Guzman *et al.*, 2010), outro implementou um programa de relaxamento que diminuiu a ansiedade, e melhorou a qualidade do sono (Pralong *et al.* 2020), outro usou a terapia complementar yoga, que apesar não de não constituir em Portugal uma das intervenções do EEESMP, apresentou resultados ao nível da melhoria dos sintomas depressivos, ansiosos e do stress (Harner *et al.*, 2010). O estudo cuja intervenção foi implementada por EEESMP foi realizado em Portugal, com a aplicação de um programa de promoção da saúde mental em contexto prisional com resultados positivos ao nível da autoestima, ansiedade e do risco de suicídio.

Para além dos artigos encontrados na tabela, foi também analisada uma dissertação de mestrado e duas revisões narrativas da literatura que fazem uma relação sobre o papel da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em ambientes prisionais. Azevedo (2014) na sua dissertação de mestrado afirma que é importante o EEESMP desenvolver programas que promovam a saúde mental nos contextos prisionais, com base em intervenções psicoterapêuticas: sessões de relaxamento, a relação de ajuda, a escuta ativa, reestruturação cognitiva. Defende também que a escassa evidência científica no meio prisional é uma limitação, todavia constitui também um incentivo para a continuação de investigação neste contexto. Nas revisões narrativas da literatura, Ellis e Alexander (2017), mencionam que os enfermeiros de saúde mental possuem conhecimentos, habilidades e experiência em diversos níveis, o que os coloca em uma posição privilegiada para o desenvolvimento de melhores práticas nos EP. Maruca e Shelton (2016) acrescentam que a prestação de cuidados de saúde nas prisões é amplamente sustentada por enfermeiros, contudo, ainda existe ainda um conhecimento limitado sobre os contributos para a prática da enfermagem em saúde mental em ambientes prisionais. Os mesmos autores, afirmam que a existência de Intervenções

executadas por enfermeiros, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, caminhadas em labirinto e ioga visam melhorar a adaptação dos reclusos.

Santos *et al.* (2026) afirma que o EEESMP pelo seu elevado grau de autoconhecimento e pelas competências específicas que possui é um elemento-chave neste contexto, sobretudo na implementação de programas de promoção e prevenção da doença mental e na formação dos enfermeiros de cuidados gerais, bem como de outros elementos da equipa multidisciplinar. O autor defende também que o EEESMP tem um papel crucial na resolução de conflitos, na prevenção e gestão de comportamentos agressivos, na comunicação, relação terapêutica e na tomada de decisão ética.

CONCLUSÃO

O conhecimento sobre o papel e a função dos enfermeiros em contexto prisional é escasso, no que diz respeito à prática baseada em evidência. Através dos resultados obtidos, as intervenções implementadas por enfermeiros nos EP assentam na arteterapia, programas de relaxamento, na utilização de terapias complementares nomeadamente o ioga, e na implementação de programas de promoção da saúde mental. A implementação das estratégias demonstrou eficácia na redução da ansiedade, stress, sintomas depressivos, do risco de suicídio, bem como na melhoria da autoestima.

As principais limitações inserem-se na necessidade de mais investigação nesta área, pelo que a escassa evidência científica sobre a intervenção do EEESMP no contexto prisional constituiu a principal limitação da presente revisão narrativa. Verifica-se também que a maioria dos estudos apresentados possui amostras pequenas. Assim, esta revisão deve ser encarada como um ponto de partida para que, futuramente, seja um incentivo para a continuação de investigação neste contexto.

Em síntese, esta revisão reforça a importância da intervenção do EEESMP no contexto prisional, sobretudo na obtenção de ganhos em saúde e na contribuição para ambientes prisionais mais saudáveis.

2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A presente revisão narrativa demonstra a existência de uma reduzida evidência científica sobre a intervenção do EEESMP em contexto prisional. As intervenções identificadas como a arteterapia, programas de relaxamento, ioga e os programas estruturados de promoção da saúde mental demonstraram benefícios significativos na redução da ansiedade, stress, sintomas depressivos, bem como na melhoria da autoestima e na diminuição do risco de suicídio. Estes resultados reforçam a importância de desenvolver intervenções estruturadas e sustentadas na evidência, mesmo perante as limitações existentes na literatura.

Durante o estágio foi possível reconhecer a relevância da utilização da evidência científica como suporte à prática clínica. No entanto, na avaliação das necessidades dos reclusos tornou-se premente intervir no diagnóstico de enfermagem: comportamento agressivo. Pude compreender que a agressividade inerente ao contexto prisional é uma realidade e que impacta o bem-estar destes indivíduos, pelo que a minha intervenção teve por base a psicoeducação no âmbito dos comportamentos agressivos.

Bulechek *et al.*, (2013) perante o diagnóstico identificado recomendam algumas intervenções, tais como: executar estratégias de gestão do comportamento agressivo, orientar sobre estratégias de modificação do comportamento agressivo, executar treino de controlo de impulsos. A seleção da intervenção psicoeducacional “íntegra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema/doença, e uma componente de suporte (emocional), abordando a gestão das emoções, expectativas, entre outras” (Santos *et al.*, 2021, p.174). Através da sua utilização pretendi aumentar o conhecimento sobre os comportamentos agressivos e capacitar os reclusos com estratégias de autocontrolo, pelo que o planeamento das sessões tiveram por base a tipologia recomendada por Sousa, *et al.*, (2016) citado por Amaral, *et al.*, (2020). A intervenção psicoeducacional não se encontra descrita na revisão efetuada, no entanto, está documentada como intervenção do EEESMP no Regulamento n.º 515/2018 (2018), o que reforça a necessidade e a importância de contribuir para o aumento da evidência científica neste contexto.

Em suma, constata-se que o EEESMP desempenha um papel determinante na promoção da saúde mental em contexto prisional, bem como na contribuição de conhecimento científico que sustente a evolução da prática clínica nesta área.

CONCLUSÃO

A execução deste relatório constituiu uma ferramenta para promover a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESMP e das competências de Mestre. No decorrer dos estágios, enquanto aluna pude contactar com diferentes contextos de intervenção onde pude prestar cuidados no âmbito da 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.

Destaco também a importância da aplicação das bases teóricas da enfermagem que sustentaram o meu percurso académico na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e a Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*. A articulação destas teorias possibilitou uma abordagem holística dos cuidados, onde é destacada a importância da relação terapêutica e do Enfermeiro enquanto agente facilitador de transições saudáveis.

Considero que o EEESMP constitui um elemento-chave nas equipas multidisciplinares durante todo o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental e no tratamento e na reabilitação psicossocial.

Em contexto prisional, no que diz respeito à prática baseada em evidência, o conhecimento sobre o papel e a função dos enfermeiros é ainda escasso. Através análise dos resultados obtidos, as intervenções implementadas por enfermeiros nos EP assentam na arteterapia, programas de relaxamento, na utilização de terapias complementares nomeadamente o ioga, e na implementação de programas de promoção da saúde mental. A implementação destas estratégias demonstraram eficácia na redução da ansiedade, stress, sintomas depressivos, melhoria da autoestima, e redução do risco de suicídio.

Durante a realização dos estágios reconheço que foram existindo dificuldades, sobretudo na fase inicial de adaptação aos contextos. O desenvolvimento do meu autoconhecimento, sobretudo no autocontrolo da minha gestão emocional perante entrevistas com histórias de vida complexas, permitiu-me desenvolver estratégias pessoais e profissionais que irei levar comigo para o meu futuro profissional e pessoal. Destaco a importância dos momentos de partilha de experiências com as colegas de estágio, Enfermeiras Tutoras e a Gestora Pedagógica, uma vez que constituíram momentos essenciais para me ajudar a lidar com situações emocionalmente exigentes.

A nível pessoal também foram surgindo obstáculos, devido à conciliação entre os horários laborais e os de estágio com as Enfermeiras Tutoras, o que exigiu um grande esforço

peçoal para conseguir uma gestão eficaz do tempo. A organização e o equilíbrio entre a vida peçoal, sobretudo na escassez de tempo para momentos de autocuidado foi outra das grandes dificuldades sentidas durante este percurso, o que requereu uma grande capacidade de organização e planeamento da minha parte enquanto aluna e enfermeira. No entanto, considero ter colmatado todas as dificuldades com muita dedicação e empenho, o que tornou esta experiência uma oportunidade de aprendizagem, crescimento peçoal e desenvolvimento profissional. Assim, considero ter atingido com sucesso os objetivos a que me propus, fazendo um balanço final bastante positivo de todo o meu percurso salientando a importância da formação contínua ao longo da minha carreira na área da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T., Ribeiro, Â., Ribeiro, J., Fonseca, M., & von Doellinger, O. (2017). The impact of creating an inpatient team in an acute psychiatric ward. *Psilogos*, 15(2), 33-42. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/13263/14485>
- Alligood, M. T. (2011). Modelos y teorías en enfermeira, séptima edición. Barcelona: EdiDE, S.L.
- Amaral, A. C. 2010. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Lusociência.
- Amaral, A. C. & Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental*. (pp. 174-176). Lidel.
- Andrade, S. (2010). Teoria e Prática de Dinâmica de Grupo – Jogos e Exercícios. SP: Casa do Psicólogo, p.51-53
- Araújo, O. Silva, R. & Sousa, L. (2026). Capacitação dos familiares cuidadores. In L. Nunes & T. Morgado (coord), *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (pp. 230-233). Lidel.
- Azevedo, T. M. (2014). Ansiedade e depressão: recurso aos serviços de saúde em contexto prisional. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/9504>
- Bessa, A., Rosa, A., Marques, M., & Albino, M. (2026). Prevenção de comportamentos agressivos. In L. Nunes & T. Morgado (coord), *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (pp. 154-157). Lidel.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Nursing Interventions Classification* (NIC). (5ª edição). Oxford: Elsevier.

- Bulechek G. M., Butcher, H. K. Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification* (NIC). (6ª edição). St. Louis (MO). Elsevier.
- Campos, I. C. M., & Pereira, S. S., & Schiavon, I. C. A. & Alves, M. (2020). Maslach burnout inventory - human services survey (mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas brasileiras. *Rev unipar*, 24 (3), 187-195
<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/7875/4007>
- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do maslach burnout inventory (mbi) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Rev Maringá*, 9 (3), 499-505
<https://www.scielo.br/j/pe/a/sqhs5pPk4QBspW3DKXrmxnP/?format=pdf&lang=pt>
- Carvalho, J. C., & Cordeiro, R. A. (2018). Theories of the Interpersonal Relationships, Transitions and Humanistic Theories: Contribution to Frameworks of Psychiatric/Mental Health Nursing in Europe. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_5
- Carvalho, A. A., Parra, R., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Comportamento Agressivo. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental*. (pp. 147-148). Lidel.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Cunha, O. & Gonçalves, R. A. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Revista Laboratório de Psicologia*. 10(1), 3-17. <http://hdl.handle.net/10400.12/3437>

- Cunha, G. O. K, Hartwig, T. W. & Bergmann, G. G. (2023). Intervenções nas aulas de educação física e a saúde mental de escolares: Estudo de protocolo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 28, Artigo e0302. DOI: 10.12820/rbafs.28e0302
- Decreto-lei nº 74/2006 (2006) - Lei de Bases do Sistema Educativo. Diário da República. I Série, nº60 (2006-03-24), pp. 2242-2257
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Despacho Normativo n.º 10143/2009 - Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República II Série, n.º 74 de 2009-04-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Despacho Normativo n.º 3919/2021 - Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República II Série, n.º 43 de 2021-03-03.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/3919-2021-158724036>
- Direção Geral da Saúde (2021). Guia Técnico Nº 3 - Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho. Direção Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx
- Eaton, Y., & Ertl, B. (2000). The comprehensive crisis intervention model of Community Integration, Inc. Crisis services. In A. R. Roberts (ed.), *Crisis Intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Oxford University.
- Ellis, H., & Alexander, V. (2017). The Mentally Ill in Jail: Contemporary Clinical and Practice Perspectives for Psychiatric-Mental Health Nursing. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.013>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Journal Medical Writing*, 24 (4), 230-235. DOI: <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>

- Freitas, D. & Mendes, R. (2020). Treino de Autocontrolo. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 196-198). Lidel.
- Fortin, M., & Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary nurse*. 34(2), 1408.
- Gonçalves, P., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Processo de Enfermagem, CIPE e Sistemas de Informação. In C. Sequeira, & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 87-89). Lidel.
- Green, B. N., & Johnson, C.D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Guzman, A. B., Santos, J. I. M., Santos, M. L. B., Santos, M. T. O., Sarmiento, V. V. T., Sarnillo, E. J. E., & Sarsagat, J. M. E. D. (2010). Traditional Filipino arts in enhancing older people's self-esteem in a penal institution. *Educational Gerontology*, 36(12), 1065-1085.
- Haney, C. (2012). The Psychological Effects of Imprisonment. In J. Petersilia, & K. <https://dgrsp.justica.gov.pt/Justi%C3%A7a-de-adultos/Penas-e-medidas-privativas-de-liberdade/Estabelecimentos-prisionais/%C3%81rea-territorial-alargada-do-tribunal-de-execu%C3%A7%C3%A3o-de-penas-do-Porto/Estabelecimento-Prisional-de-Santa-Cruz-do-Bispo-Masculino>
- Harner, H., Hanlon, A. L., & Garfinkel, M. (2010). Effect of Iyengar yoga on mental health of incarcerated women: A feasibility study. *Nursing research*, 59(6), 389-399. DOI: [10.1097/NNR.0b013e3181f2e6ff](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181f2e6ff)

- Homem, F., Patrício, M. F., Cardoso, R. & Lourenço, A. C. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 3(7), 169-177
<https://www.index-f.com/referencia/2012pdf/37-169.pdf>
- Jensen, U. J., & Andersen, P. F. (2005). Sundhedsbegreber: Filosofi og praksis [Health concepts: Philosophy and practice] (2º ed.). Aarhus, Denmark: Philosophia.
- Kovitz, B. (1998). To a beginning psychotherapist: How to conduct individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 52(1), 103–115.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.1.103>
- Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Lei n.º 35/2023 - Lei da Saúde Mental. Diário da República. I Série, n.º 141 (2023-07-21), pp- 2-23.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Maruca, A. T., & Shelton, D. (2016). Correctional nursing interventions for incarcerated persons with mental disorders: An integrative review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 285-292.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2nd ed). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress (4ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.

- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. M., & Eufrásio, M. L. (2013). Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(11), 29-35. <https://doi:10.12707/RIII1305>
- Neto, A. R. (2021). Hipotireoidismo e sua associação com transtornos depressivos: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10 (11), Artigo e12101119380.
- Nóbrega, S. S., & Santos, M. M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução. *Rev Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55-64.
DOI: 10.1590/S0034-71671996000100007
- Nogueira, C. A. (2017). A importância da psicoeducação na terapia cognitivo comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*. Barreiras, 2 (1), 108-120.
- Nunes, L. (2026). Responsabilidade profissional, ética e legal. In L. Nunes & T. Morgado (coord), *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (pp. 13-17). Lidel.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. DOI: [10.1016/j.socscimed.2008.09.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050)
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Ontologia de Enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Internacional Classification for Nursing Practice*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia Orientador De Boas Práticas Para A Prevenção De Sintomatologia Depressiva E Comportamentos Da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp_mceesmp.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25680/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). Guia Orientador De Boas Práticas De Promoção Da Literacia Em Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023c). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>

Ordem dos Psicólogos. (2021). Caixa de ferramentas para manter a saúde psicológica. Ordem dos Psicólogos.

https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/covid_19_caixa_de_ferramentas_para_manter_a_saude_psicologica.pdf

Organização Internacional do Trabalho (2019). *"Mental Health in the Workplace."* Guia práctica para empleadores y trabajadores sobre salud mental en el trabajo.

<https://www.ilo.org>

- Pais-Ribeiro, J. L., & 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. *Rev Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
[file:///C:/Users/julia/Downloads/content%20\(37\).pdf](file:///C:/Users/julia/Downloads/content%20(37).pdf)
- Payne, R. A., & Donaghy, M. & Bellamy, K. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª Edição). Lusociência
- Peixoto, S., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Autocontrolo. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 123-124). Lidel.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in Nursing*. G. P. Putnam's Sons
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*. Kingdon: MacMillan Educacion. p.3-16.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona, Espanha: Salvat Editores
- Pralong, D, Renaud, A., Secretan, A, Blanc, M., Charmillot, N., Mouton, E., Wolff, H. Tran, N. T. (2020). Nurse-led mind-body relaxation intervention in prison: A multiperspective mixed-method evaluation. *Nursing outlook*, 68(5), 637-646
DOI: [10.1016/j.outlook.2020.05.005](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.05.005)
- Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional – Aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.
- Regulamento n.º 356/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, II Série, n.º 122 de 2015-06-25.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, nº26 de 2019-02-06.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República II Série, n.º 151 de 2018-08-07.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento n.º 454/2026 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, nº 83 de 2026-04-29.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/454-2026-1095311111>
- Ribeiro, O. M. P.L., & Martins, M. M. F. P. D. S., & Tronchin, D. M. R. & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de cuidados em hospitais portugueses. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>.
- Rodrigues, R. & Mendes, I. M. & Cardoso, D. (2022). Revisão Narrativa, Integrativa e Sistemática da Literatura. In M. Néné & C. Sequeira (coord), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. (pp. 245-248). Lidel
- Sampaio, F. M., & Carlos, D. B. (2011). A Saúde mental e os estabelecimentos prisionais: implementação de programas de promoção da saúde mental. III Congresso SPESM “Informação e Saúde Mental”, Silves. <http://hdl.handle.net/10400.23/585>
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Stress. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 153-154). Lidel.
- Sampaio, F. M. C, Sequeira, C & Lluch-Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-56. DOI: [10.1016/j.apnu.2016.09.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007)
- Santos, G., S. (2025). *Fundamentos de Enfermagem I*. Rio de Janeiro. Freitas Bastos Editora.
https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=lang_pt&id=yPkuEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA2&dq=visao+hoslistica+nos+diagnosticos+de+enfermagem+priorizar+nece

[essidade&ots=bh5aqsp05_&sig=uOhQLlQm3bVBk4JvaIBTyA9Pl-g&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](#)

- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., Loureiro, C. R., & Quaresma, M. H. (2021). Mais contigo 2021 – Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Santos, M., Paulino, M., & Nunes, M. (2026). A privação de liberdade da pessoa reclusa. In L. Nunes & T. Morgado (coord), *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (pp. 211-213). Lidel.
- Santos, R., Sousa, M., & Dourado, D. (2011). Intervenções de grupo para a sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: Uma revisão sistemática. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(4), 161-7. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009>
- Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <file:///C:/Users/julia/Downloads/EscaladeSobrecargadoCuidadorInformal.pdf>
- Sequeira, C. (2020). Entrevista Clínica. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 90-94). Lidel.
- Silva, A. M. B. (2021). Saúde Mental em Contexto Prisional: Gestão da Agressividade Impulsiva. [Dissertação de mestrado, Repositório Comum]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43589>
- Silva, M. M. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J. & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*, Vol. 51, 1-8 DOI: [10.1590/S1980-220X2016048003253](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253)
- Sousa, L. Sequeira, C. Ferré-Grau, C., Neves, P. & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative

review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20). 2757-67.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13266>

Steele, M. & Doey, T. (2007) – Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: Treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*. 52, p35-45.

Travelbee, J. (1982). Intervención en enfermería psiquiátrica. Carvejal: Cali.

Wheeler, D., & Stoller, J. K. (2011) - Teamwork, teambuilding and Leadership in respiratory and health care. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*. Vol. 47, nº1, p. 6-11

ANEXOS

Cr�terio	S�m	N�o	N.A.	Observa��es
�rea de armazenamento limpa e organizada				
Produtos guardados �10 cm do ch�o e �5 cm da parede				
Aus�ncia de produtos fora da validade				
Produtos abertos com etiqueta e data de abertura				
Solutos protegidos da luz solar direta				
Esquema de organiza��o afixado no arm�rio				
Registo de pedidos semanais dispon�vel				
Auditorias anteriores arquivadas e plano de a��o implementado				

ANEXO I – *CHECKLIST* DE AUDITORIA NO  MBITO DA GEST O NO EP

Produto	Validade após abertura	Observações
Pomadas/cremes em bisnaga	1 mês	Manter bem fechado
Solutos estéreis (soro fisiológico em frasco)	24 h	Uso exclusivo após abertura
Colírios	30 dias	Não usar se alteração de cor
Apósitos estéreis	1 semana, assegurando manuseamento por técnica assética.	Descartar se embalagem aberta
Desinfetantes à base de álcool	6 meses	Se mantido fechado
Gel lubrificante	3 meses	Se conservado corretamente

ANEXO II – NORMA INTERNA NO ÂMBITO DOS PRAZOS DE VALIDADE DO EP

Anexo 1 – Etiqueta Normalizada para Produtos Abertos

Produto:	
Nº Lote:	
Data de abertura:	____/____/____
Validade após abertura:	
Profissional responsável:	

ANEXO III – ETIQUETA UTILIZADA EM PRODUTOS ABERTOS NO EP

8.3. ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS)

Fonte: Versão original (141) e versão portuguesa (142)

EADS-21 - Nome _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte: 0- não se aplicou nada a mim; 1- aplicou-se a mim algumas vezes; 2- aplicou-se a mim de muitas vezes; 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO IV – ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH

0- Nunca 1-Algumas vezes ao ano ou menos 2- Uma vez ao mês ou menos
 3- Algumas vezes durante o mês 4- Uma vez por semana 5-Algumas vezes durante a semana
 6- Todo o dia

Número	Afirmações	0	1	2	3	4	5	6
1	Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho							
2	Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho							
3	Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso de encarar outro dia de trabalho							
4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas							
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais							
6	Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente uma pressão para mim							
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes							
8	Sinto-me esgotado pelo meu trabalho							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho							
10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão							
11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente							
12	Sinto-me com muita energia							

13	Sono nei brutti(a) più dei miei colleghi								
14	È più che ovvio a malincuore dimissiono la mia posizione								
15	Non mi importa realmente se qui dimetto o meno								
16	Trattando disonestamente con persone importanti a dimissiono senza								
17	Non capisco che cosa facciano come una semplice dimissionista con le loro dimissioni								
18	Sentiremo subito (a) la libertà dopo la dimissioni di parte con le loro dimissioni								
19	Preferirei essere come qui vicino a una mia persona								
20	Sono nei miei in diverse in fatto di mia dimissioni								
21	Ma non lavoro più molto veramente con le dimissioni dimissioni								
22	Sento che mi stanno in colpa per alcune dei miei dimissioni								

ANEXO V - ESCALA DE MBI

“Solicitar ao participante para fechar os olhos e iniciar a técnica: Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente. Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco. De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto, sente-se tranquilo ... extremamente relaxado.... Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las, não seria capaz ... Os seus braços estão pesados, tão pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado ... O mar vai chegando calmamente perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as suas pernas, os seus braços ... até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo, e, levado pela suave corrente, o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão. A boiar naquela imensidão azul, o dia vai declinando e anoitece. Agora, é a luz da lua que banha o seu rosto ... O único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente. A sua respiração é suave e calma, e o seu corpo é leve como uma pena, boiando na superfície líquida ... O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente ... Já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer ...

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira-mar ... Continua de olhos fechados, a dormir suavemente, e, à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto... começa a despertar ... fecha os olhos. (Cada um deve concentrar a sua atenção em si próprio). Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar ... expirar ... (pausa de um minuto). Agora, sinta o peso dos seus pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ... Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). Agora, sinta o peso da bacia (breve pausa) ... Também a coluna e o peito estão relaxados ... (breve pausa). As costas estão relaxadas ... (breve pausa). Sinta todo o corpo calmo e relaxado... A respiração é fluida e profunda Inspirar Expirar Inspirar Expirar ... Agora que está calmo, olha em redor ... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa). Ao longe, vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) Sobe para cima dela, é muito fofa e sente-se seguro ... Não tem medo de nada ... (breve pausa). Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas ... respira fundo e sente-se bem (breve pausa). Sente o vento na cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo cada vez mais em paz ... (breve pausa).

Começa a olhar em volta ... A nuvem caminha para o local de onde partiu ... (breve pausa). Sente-se tão bem e calmo Sente-se bem ... (breve pausa). Chega onde partiu e desce da nuvem ... Ela voa para longe ..., mas continua a sentir a leveza e a paz que ela causou ... (breve pausa). Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar expirar ... (pausa de um minuto). Sente-se muito bem ... sabe que, quando voltar a abrir os olhos, a sensação de calma se vai manter Inspira ... expira ... inspira ... expira ... (breve pausa). Sente-se a acordar ... irá abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos ... e os pés Espreguiça-se como se estivesse a acordar ... (breve pausa). Inspira e expira ... acordou e sente-se bem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p.99)

ANEXO VI – GUIÃO DA TÉCNICA DE IMAGINAÇÃO GUIADA

Escala de sobrecarga do cuidador

Cuidador _____ N.º de SNS _____

Pessoa cuidada _____ N.º de SNS _____

		Nunca 1	Quase nunca 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Data: ____/____/____

Assinatura do cuidador: _____

ANEXO VII – ESCALA SOBRECARGA DO CUIDADOR

Boas Práticas para a Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental dos Cuidadores

	Boa Prática	Autor, Ano (Nível de Evidência)
Intervenção	Desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais em saúde mental incluindo informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de promoção da saúde mental; - Identificação de fatores de risco; - Identificação de sinais e sintomas de perturbação mental; - A capacidade de procura de ajuda especializada. Realização de intervenções em contexto individual ou em grupo.	Chen et al., 2017 (4.b) Cianfrocca et al., 2018 (4.b) Dawson et al., 2017 (4.b) Han et al., 2021 (2.d) Hurley et al., 2020 (4.a) Tambling et al., 2021 (4.b) White & Casey, 2017 (4.b) Wiegelmann et al., 2021 (1.a)
	Recurso a técnicas de reestruturação cognitiva.	Vernooij-Dassen et al., 2011 (1.b) Wiegelmann et al., 2021 (1.a)
	Intervenção com recurso a materiais escritos e vídeos, acompanhados com intervenção do profissional	Umpierre et al., 2015 (4.b)
	Recurso à utilização do <i>mindfulness</i>	Liu et al., 2018 (1.a)
	Recurso ao acompanhamento telefónico	Corry et al., 2019 (1.a) Han et al., 2021 (2.d)
	Recurso à utilização de estratégias tecnológicas	Ferré-Grau et al., 2020 (1.c) Su et al., 2021 (4.b)

ANEXO VIII – BOAS PRÁTICAS PARA A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DOS
CUIDADORES

QUADRO 74.1**Sintomas de cansaço nos cuidadores**

- ▶ Problemas de sono: despertar precoce, dificuldade em adormecer, incapacidade de ter um sono contínuo e reparador
- ▶ Perda de energia: fadiga crónica, sensação profunda de cansaço
- ▶ Consumo excessivo de fármacos psicotrópicos como um indicador indireto do estado emocional do cuidador
- ▶ Determinar se o consumo efetivamente ocorre, frequência de uso, tipo de fármacos e mudanças produzidas no padrão de consumo em relação aos cuidados
- ▶ Consumo excessivo de cafeína, álcool, tabaco
- ▶ Problemas físicos: palpitações, desconforto digestivo, alteração da tensão arterial (TA)
- ▶ Problemas de memória e dificuldade para se concentrar
- ▶ Persistência de sentimentos de irritabilidade, fúria ou raiva
- ▶ Dificuldade em superar sentimentos de depressão ou nervosismo
- ▶ Sentimento profundo de perda relacionada com as modificações que a doença gera no familiar ou com a própria morte
- ▶ Medo persistente do que o futuro pode trazer para o utente e para a sua família

QUADRO 74.2 Medidas de suporte ao cuidador

Informação personalizada para cada família: Clara e adaptada à pessoa que a recebe, deve incluir informações sobre tratamento, prognóstico e recursos de ajuda existentes. A informação inicial tornar-se-á completa de acordo com a evolução da doença. É importante que o cuidador tenha acompanhamento de outros membros da família e que, assim, possa partilhar dúvidas e dificuldades desde o início do processo.

Formação dirigida aos familiares cuidadores: Para prevenir problemas do quotidiano e agir adequadamente diante de dificuldades que possam surgir. Para isso, é útil ajudá-lo a identificar e resolver problemas adequadamente (alterações de conduta, perda de capacidades, dificuldades de comunicação, etc.).

Suporte emocional ao cuidador: Através de programas de apoio individual ou em grupo, intervenções psicoeducativas, participação em grupos de ajuda presenciais ou através das tecnologias de informação e comunicação. As intervenções com participação ativa de cuidadores e baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) têm-se mostrado mais efetivas do que intervenções baseadas somente na aquisição de conhecimento. A aplicação da Técnica de Resolução de Problemas costuma ser eficaz para a redução dos casos de mal-estar, ao converter "uma queixa repetitiva" do cuidador num problema a resolver partilhado com o profissional.

Atenção para os problemas de saúde do cuidador: Em particular aqueles que podem aparecer como resultado da prestação de cuidados: insónia, ansiedade, depressão, dor musculoesquelética, etc., e/ou aqueles que se podem agravar relacionados com uma doença crónica ou aguda do cuidador.

Reforço dos aspetos positivos do cuidado: Reconhecer os aspetos que o cuidador realiza adequadamente, agradecer a sua dedicação, apoiá-lo na tomada de decisão e reforçar o seu trabalho.

Acompanhamento na fase final da vida do utente: É importante ajudar o cuidador a aceitar a separação do utente, quer pelo processo terminal quer pela admissão numa instituição. Um bom acompanhamento é essencial para evitar complicações no processo de luto do cuidador.

Nota: Estas medidas de apoio devem ser adaptadas às necessidades de mudança da pessoa a ser cuidada e do cuidador familiar.

ANEXO X – MEDIDAS DE SUPORTE AO CUIDADOR

ESCALA HADS

Escolaridade:

Idade:

Data da aplicação:

Pontos:

Marque a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.

A. Eu me sinto tenso e contraído.

- ☐ A maior parte do tempo.
- ☐ Boa parte do tempo.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Nunca.

D. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.

- ☐ Quase sempre.
- ☐ Muitas vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Nunca.

D. Ainda gosto das mesmas coisas de antes.

- ☐ Sim, do mesmo jeito que antes.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Só um pouco.
- ☐ Já não sinto mais prazer em nada.

A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.

- ☐ Nunca.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Muitas vezes.
- ☐ Quase sempre.

A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.

- ☐ Sim, e de um jeito muito forte.
- ☐ Sim, mas não tão forte.
- ☐ Um pouco, mas isso não me preocupa.
- ☐ Não sinto nada disso.

D. Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência.

- ☐ Completamente.
- ☐ Não estou mais me cuidando como eu deveria.
- ☐ Talvez não tanto quanto antes.
- ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes.

D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.

- ☐ Do mesmo jeito que antes.
- ☐ Atualmente um pouco menos.
- ☐ Atualmente bem menos.
- ☐ Não consigo mais.

A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.

- ☐ A maior parte do tempo.
- ☐ Sim, demais.
- ☐ Bastante.
- ☐ Um pouco.
- ☐ Não me sinto assim.

A. Estou com a cabeça cheia de preocupações.

- ☐ Boa parte do tempo.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Raramente.

D. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir.

- ☐ Do mesmo jeito que antes.
- ☐ Um pouco menos que antes.
- ☐ Bem menos que antes.
- ☐ Quase nunca.

D. Eu me sinto alegre.

- ☐ Nunca.
- ☐ Poucas vezes.
- ☐ Muitas vezes.
- ☐ A maior parte do tempo.

A. Consigo ficar a vontade e me sentir relaxado.

- ☐ Sim, quase sempre.
- ☐ Muitas vezes.
- ☐ Poucas vezes.
- ☐ Nunca.

A. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.

- ☐ A quase todo momento.
- ☐ Várias vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Não sinto isso.

D. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.

- ☐ Quase sempre.
- ☐ Várias vezes.
- ☐ Poucas vezes.
- ☐ Quase nunca.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Questões	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1.No conjunto, eu estou satisfeito comigo mesmo				
2.Às vezes eu acho que não presto para nada				
3.Eu acho que eu tenho várias boas qualidades				
4.Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas				
5.Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar				
6.Às vezes eu sinto-me inútil				
7.Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos ao nível das outras				
8.Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo				
9.Resumindo, eu sinto-me inclinado a sentir que sou um fracasso				
10.Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo				

ANEXO XII – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planeio tarefas cuidadosamente.				X
2. Eu faço coisas sem pensar.				X
3. Eu tomo decisões rapidamente.			X	
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desenrascado").			X	
5. Eu não presto atenção.				X
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.				X
7. Eu planeio viagens com bastante antecedência.				X
8. Eu tenho autocontrole.		X		
9. Eu concentro-me facilmente.	X			
10. Eu poupo regularmente.	X			
11. Eu fico a contorcer-me na cadeira em peças de teatro, reuniões ou conferências.		X		
12. Eu penso nas coisas com cuidado.			X	
13. Eu faço planos para me manter no emprego (tomo precauções para não perder o meu emprego).		X		
14. Eu digo coisas sem pensar primeiro.				X
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	X			
16. Eu troco de emprego.		X		
17. Eu ajo por impulso.				X
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou a resolver problemas mentalmente.	X			

19. Eu ajo no "calor" do momento.				X
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio à meada").		X		
21. Eu troco de casa (residência).	X			
22. Eu compro coisas por impulso.				X
23. Eu só consigo pensar numa coisa de cada vez.		X		
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobbies").		X		
25. Eu gasto ou compro a prestações mais do que o dinheiro que ganho.				X
26. Enquanto estou a pensar numa coisa, é normal que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.				X
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.				X
28. Eu sinto-me inquieto em reuniões ou aulas.				X
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	X			
30. Eu preparo-me para o futuro.	X			

ANEXO XIII – ESCALA DA IMPULSIVIDADE DE BARRAT

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: ____h ____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: ____h ____min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: ____h ____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correcta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

e) Tossir ou ressonar alto:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

f) Sentir muito frio:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

g) Sentir muito calor:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

i) Sentir dores:

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Má ☐ Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

☐ Nunca ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1 ou 2x/semana ☐ 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

☐ Não	☐ Sim, mas em outro quarto	☐ sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	☐ sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, você teve:

a) Ronco alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

ANEXO XIV – ESCALA DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Quadro 3 – Indicadores inerentes ao Diagnóstico "Humor Depressivo"

Diagnóstico de ESMP	Humor Depressivo
Indicador Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência do diagnóstico "humor depressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre o humor depressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o significado atribuído ao regime medicamentoso" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre o humor depressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar a consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar a consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o significado atribuído ao regime medicamentoso"
Indicador de Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de clientes a quem foi executada reestruturação cognitiva - Percentagem de clientes a quem foi realizado treino do pensamento positivo - Percentagem de clientes a quem foi realizado treino do autocontrolo das emoções - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre o humor depressivo - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre estratégias promotoras do equilíbrio de humor - Percentagem de clientes com quem foi contratualizada uma experiência indutora da consciencialização

ANEXO XV - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO: HUMOR DEPRESSIVO

Diagnóstico de ESMP	Comportamento Autodestrutivo
Indicador Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência do diagnóstico "comportamento autodestrutivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre o comportamento autodestrutivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrole do comportamento autodestrutivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o autocuidado e o bem-estar pessoal" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o autocontrole do comportamento autodestrutivo e o bem-estar pessoal" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o autocontrole do comportamento autodestrutivo e o bem-estar das pessoas significativas" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o significado atribuído ao autocuidado" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o significado atribuído ao bem-estar das pessoas significativas" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre o comportamento autodestrutivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo do comportamento autodestrutivo"
Indicador de Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de clientes a quem foi executada reestruturação cognitiva - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre comportamento autodestrutivo - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre estratégias de autocontrole do comportamento autodestrutivo - Percentagem de clientes com quem foi contratualizada uma experiência indutora da consciencialização - Percentagem de clientes assistidos na análise do significado dificultador - Percentagem de mães/pais/cuidadores a quem foi realizado ensino sobre o comportamento autodestrutivo - Percentagem de mães/pais/cuidadores a quem foi realizado ensino sobre estratégias de controlo do comportamento autodestrutivo

ANEXO XVI - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO:
COMPORTAMENTO AUTODESTRUTIVO

Diagnóstico de ESMP	Ideação Suicida
Indicador Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência do diagnóstico "ideação suicida" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre estratégias de prevenção do suicídio" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o significado atribuído à ideação suicida" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre estratégias de prevenção do suicídio" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre sinais de ideação suicida"
Indicador de Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de clientes a quem foi executada reestruturação cognitiva - Percentagem de clientes com quem foi contratualizada uma experiência indutora da consciencialização - Percentagem de clientes aos quais foram implementadas medidas de segurança de prevenção do suicídio - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre estratégias de prevenção do suicídio - Percentagem de clientes assistidos na análise do significado dificultador - Percentagem de mães/pais/cuidadores a quem foi realizado ensino sobre estratégias de prevenção do suicídio - Percentagem de mães/pais/cuidadores a quem foi realizado ensino sobre sinais de alerta de ideação suicida
Indicador de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de adesão do cliente à experiência indutora da consciencialização - Percentagem de clientes com melhoria no conhecimento sobre estratégias de prevenção do suicídio - Percentagem de clientes com melhoria na consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida - Percentagem de clientes com melhoria no significado atribuído à ideação suicida - Percentagem de mães/pais/cuidadores com melhoria no conhecimento sobre estratégias de prevenção do suicídio - Percentagem de mães/pais/cuidadores com melhoria no conhecimento sobre sinais de ideação suicida - Taxa de resolução do diagnóstico "ideação suicida"

ANEXO XVII - INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO: IDEACÃO SUICIDA

QA (Buss & Perry)[®]
Versão para investigação

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

INSTRUÇÕES: Em baixo vai encontrar uma lista de afirmações. Em relação a cada uma delas, indique, numa escala de 1 à 5, o quanto se adequam a si e o/a descrevem. Para responder, utilize as seguintes opções:

- 1 - Nunca ou quase nunca
- 2 - Poucas vezes
- 3 - Algumas vezes
- 4 - Muitas vezes
- 5 - Sempre ou quase sempre

1. Alguns dos meus amigos pensam que sou conflituoso	1	2	3	4	5
2. Se tiver que recorrer à violência para proteger os meus direitos, faço-o	1	2	3	4	5
3. Quando os outros são especialmente amáveis comigo, pergunto-me o que quererão	1	2	3	4	5
4. Quando discordo dos meus amigos, digo-lhes abertamente	1	2	3	4	5
5. Já fiquei tão zangado que parti coisas	1	2	3	4	5
6. Não consigo evitar discutir com as pessoas quando elas discordam de mim	1	2	3	4	5
7. Pergunto-me porque é que às vezes me sinto tão amargo com as coisas	1	2	3	4	5
8. De vez em quando não consigo controlar a vontade de bater noutra pessoa	1	2	3	4	5
9. Sou uma pessoa extremamente calma	1	2	3	4	5
10. Fico desconfiado de estranhos muito amáveis	1	2	3	4	5
11. Já ameacei pessoas que conheço	1	2	3	4	5
12. Enervo-me facilmente, mas passa-me depressa	1	2	3	4	5
13. Se me provocarem bastante, posso bater noutra pessoa	1	2	3	4	5
14. Quando as pessoas me irritam, chego a dizer-lhes o que penso delas	1	2	3	4	5
15. Às vezes fico cheio de ciúmes dos outros	1	2	3	4	5
16. Não consigo encontrar nenhuma boa razão para bater em alguém	1	2	3	4	5
17. Por vezes sinto que a vida tem sido injusta comigo	1	2	3	4	5
18. Tenho dificuldades em controlar o meu feitio	1	2	3	4	5
19. Quando fico frustrado, mostro a minha irritação	1	2	3	4	5
20. Por vezes sinto que as pessoas se riem nas minhas costas	1	2	3	4	5
21. Muitas vezes entro em desacordo com as pessoas	1	2	3	4	5
22. Se alguém me bate, bato-lhe também	1	2	3	4	5
23. Por vezes sinto-me um barril de pólvora pronto a explodir	1	2	3	4	5
24. As outras pessoas parecem ter sempre as melhores oportunidades	1	2	3	4	5
25. Houve pessoas que me pressionaram tanto que chegámos a "vias de facto"	1	2	3	4	5
26. Sei de "amigos" que falam de mim	1	2	3	4	5
27. Os meus amigos dizem que eu gosto de me meter em discussões	1	2	3	4	5
28. Às vezes descontrolo-me sem razão alguma	1	2	3	4	5
29. Meto-me em brigas mais vezes que a maioria das pessoas	1	2	3	4	5

ANEXO XVIII– ESCALA DE AGRESSIVIDADE DE *BUSS-PERRY*

Diagnóstico de ESMAP	Comportamento Agressivo
Indicador Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência do diagnóstico "comportamento agressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o conhecimento sobre estratégias de relaxamento" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a conscientização para a necessidade de autocontrole da agressividade" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a conscientização da relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar a conscientização da relação entre as estratégias de relaxamento e o autocontrole do comportamento agressivo" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial do cliente para melhorar o significado atribuído às estratégias de relaxamento" - Taxa de prevalência do diagnóstico "potencial da/o mãe/pai/cuidador para melhorar o conhecimento sobre medidas de segurança durante episódios de comportamento agressivo"
Indicador de Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de clientes a quem foi realizado ensino sobre estratégias de relaxamento - Percentagem de clientes a quem foi ensinada uma técnica de relaxamento - Percentagem de clientes com quem foi contratualizada uma experiência indutora da conscientização - Percentagem de clientes atendidos na análise do significado da dificuldade - Percentagem de mães/pais/cuidadores a quem foi realizado ensino sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo
Indicador de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de adesão do cliente à experiência indutora da conscientização - Percentagem de clientes com melhoria no conhecimento sobre o comportamento agressivo - Percentagem de clientes com melhoria no conhecimento sobre estratégias de relaxamento - Percentagem de clientes com melhoria na conscientização para a necessidade de autocontrole da agressividade - Percentagem de clientes com melhoria na conscientização da relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio - Percentagem de clientes com melhoria na conscientização da relação entre as estratégias de relaxamento e o autocontrole do comportamento agressivo - Percentagem de clientes com melhoria no significado atribuído às estratégias de relaxamento - Percentagem de mães/pais/cuidadores com melhoria no conhecimento sobre medidas de segurança durante episódios de comportamento agressivo - Taxa de resolução do diagnóstico "comportamento agressivo"

ANEXO XIX – INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “COMPORTAMENTO AGRESSIVO”



ANEXO XX – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO DIA MUNDIAL DA
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UNIDOS PELA VIDA



ANEXO XXI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO I FÓRUM DE PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO -
DESAFIOS E PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES



CERTIFICADO

A Rede Nacional de Enfermeiros pela Promoção da Saúde Mental e Psiquiatria, associação sem fins lucrativos de âmbito nacional, pessoa coletiva n.º 518889115, certifica que Juliana Branco da Rocha, participou no Webinar: "Dos cuidados primários à psiquiatria: como garantir uma referência eficaz", realizado em 20 de fevereiro de 2025, em formato online, com a duração de 1 hora e 30 minutos.

Vila Nova de Gaia, 20 de fevereiro de 2025.

ANEXO XXII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: DOS
CUIDADOS PRIMÁRIOS À PSIQUIATRIA: COMO GARANTIR UMA
REFERENCIAÇÃO EFICAZ



CERTIFICADO

A Rede Nacional de Enfermeiros pela Promoção da Saúde Mental e Psiquiatria, associação sem fins lucrativos de âmbito nacional, pessoa coletiva n.º 558980918, certifica que **Auliana Rocha**, participou no Webinar: "Burnout: o cansaço invisível dos profissionais de saúde", realizado em 27 de março de 2026, em formato online, com a duração de 1 hora e 30 minutos.

Vila Nova de Gaia, 27 de março de 2026.

ANEXO XXIV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: BURNOUT: O CANSAÇO INVISÍVEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Ana Sofia Azevedo Moreira; Arlinda Sofia Branco da Rocha; Carla Isabel
Gonçalves Manuel; Juliana Branco da Rocha; Vanessa Torre Pereira

Foram Coautores do trabalho **"A hipodermóclise no controlo
sintomático da pessoa em fim de vida: perspetiva dos Enfermeiros"**
apresentado sob forma de **Poster** durante o **Congresso Luso Galaico de
Cuidados Paliativos**, que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 2025 no
Centro Pastoral Paulo VI - Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 05 de abril de 2025

SUSANA MENDES



ULTRAPASSAR FRONTEIRAS
APROXIMAR SABERES

ANEXO XXV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO COAUTOR NO
PÓSTER: A HIPODERMÓCLISE NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM
FIM DE VIDA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Ana Sofia Azevedo Moreira; Arlinda Sofia Branco da Rocha;
Diogo Filipe Almeida Santos; Juliana Branco da Rocha;
Vanessa Torre Pereira

Foram Coautores do trabalho **"Ferida Neoplásica: um desafio nos Cuidados Paliativos"** apresentado sob forma de **Poster** durante o **Congresso Luso Galaico de Cuidados Paliativos**, que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 2025 no Centro Pastoral Paulo VI - Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 05 de abril de 2025

SUSANA MENDES



ANEXO XXVI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO COAUTOR NO
PÓSTER: FERIDA NEOPLÁSICA: UM DESAFIO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Quadro 12.1: Componentes de uma revisão narrativa	
1. Título	<ul style="list-style-type: none"> • Redigir o título de forma apelativa • Descrever claramente o tópico que está a ser revisto
2. Resumo estruturado	<ul style="list-style-type: none"> • Redigir o resumo de acordo com o estilo da revista de publicação • Apresentar o resumo de forma descritiva ou estruturada (adaptando a partir do padrão IMD)
3. Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o objetivo específico da revisão com base numa breve revisão da literatura • Explicitar a necessidade/importância e o contexto da revisão narrativa do estudo
4. Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as palavras-chave e os termos utilizados • Identificar o período cronológico referente aos artigos/documentos pesquisados e as bases de dados utilizadas para realizar as pesquisas bibliográficas • Elencar critérios de inclusão/exclusão, se existirem (facultativo)
5. Discussão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir os resultados de maneira compreensível • Discutir e avaliar objetivamente os artigos/documentos selecionados • Vincular os resultados do estudo em relação à consulta da pesquisa anterior
6. Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer um resumo claro dos resultados pertinentes • Suportar as conclusões pelas evidências fornecidas • Elencar propostas para novas possibilidades de pesquisa • Mencionar implicações para a prática clínica, para o ensino e para a investigação
7. Referências bibliográficas	

Adaptado de Ferrari (2015) e Green et al. (2006).

ANEXO XXVII – COMPONENTES DE UMA REVISÃO NARRATIVA

Os apêndices foram removidos com o intuito de garantir a privacidade e confidencialidade da informação.

APÊNDICE I - OUTROS