



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

A estimulação sensorial como técnica de promoção do bem-estar e controlo da agitação de utentes com doença mental

André Correia Esteves



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

André Correia Esteves

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**A estimulação sensorial como técnica de promoção do bem-estar
e controlo da agitação de utentes com doença mental**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Setembro de 2026

AGRADECIMENTOS

No final desta etapa, com muitos momentos difíceis e desafiadores, apercebi-me de que teria sido muito mais difícil sem ter do meu lado grandes pilares que não me largaram a mão e me ajudaram a atingir todos os meus objetivos.

Primeiramente, agradeço à Professora Doutora Lara Pinho, por todo o tempo disponibilizado, pelo apoio, pelas sugestões de melhoria e principalmente por não me deixar perder o foco ao longo destes meses.

Agradeço aos colegas enfermeiros que, ao longo deste período de estágio, me orientaram e partilharam todo o seu conhecimento e experiência comigo. Sem o vosso contributo não seria possível chegar até aqui.

Agradeço também à Dr^a Isabel Moreira pela disponibilidade e pelo apoio prestado nestes últimos 2 anos, sem os quais possivelmente não teria sido possível concluir este ciclo de estudos.

Em especial, agradeço ao meu pilar por todo o apoio, por todo o amor e, acima de tudo, pela compreensão de que completar este ciclo nos roubou tempo nosso. Ao Ricardo, uma verdadeira força da natureza, o meu mais sincero obrigado por entender e me dar força para, mais uma vez, atingir os objetivos que, ambiciosamente, continuo a traçar para mim.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós pelo incentivo e apoio constantes. Obrigado por continuarem a acreditar em mim.

Por fim, agradeço a todos os utentes que permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os que estiveram comigo nesta etapa, o meu muito obrigado.

PENSAMENTO

“Não olhes diferente, faz a diferença!”

- 50 anos APPACDM Viana do Castelo

RESUMO

O presente relatório de estágio foi redigido no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde da Universidade Politécnica de Viana do Castelo.

Por meio da elaboração do mesmo, pretende-se descrever as atividades desenvolvidas em contexto de estágio de natureza profissional, bem como realizar uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Pretende-se ainda demonstrar a aquisição de competências de mestre, tendo sido realizada uma revisão narrativa da literatura de suporte à Prática Baseada na Evidência, sobre estimulação sensorial e as vantagens que esta técnica traz para a promoção do bem-estar de utentes com doença mental, tendo a evidência encontrada sido aplicada em contextos de estágio comunitário e em respostas diferenciadas.

O estágio foi realizado numa unidade de psicogeriatría (contexto de respostas diferenciadas) e numa unidade de cuidados na comunidade. Para além destes, relata-se também o desenvolvimento de competências no contexto de internamento de agudos do estágio anterior.

O processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista teve por base os referenciais teóricos de Hildegard Peplau e de Jean Watson, que orientaram também todo o processo de cuidados ao utente em todas as suas fases.

O documento encontra-se dividido em duas partes. A parte I refere-se à revisão narrativa da literatura realizada. A parte II apresenta os referenciais teóricos e a descrição dos contextos, seguindo-se o processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista.

Palavras-Chave: Estimulação sensorial; Saúde Mental; Bem-estar; Agitação; Cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Psicogeriatría

ABSTRACT

The present internship report was written within the scope of the 1st Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Saúde of Universidade Politécnica de Viana do Castelo

Through its development, this report aims to describe the activities carried out in a professional internship context, as well as to provide a critical and reflective analysis of the acquisition of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. It also seeks to demonstrate the acquisition of master's-level competencies, supported by a narrative literature review grounded in Evidence-Based Practice, focusing on sensory stimulation and the benefits this technique brings to the promotion of well-being in individuals with mental illness. The evidence identified was applied in both community internship settings and differentiated care responses.

The internship took place in a psychogeriatric unit (differentiated care context) and in a community care unit. Additionally, the development of competencies in an acute inpatient setting from a previous internship is also described.

The process of acquiring specialist nurse competencies was based on the theoretical frameworks of Hildegard Peplau and Jean Watson, which also guided the entire care process provided to the patient at all stages.

The document is divided into two parts. Part I refers to the narrative literature review conducted. Part II presents the theoretical frameworks and the description of the contexts, followed by the process of acquiring specialist nurse competencies.

Keywords: Sensory stimulation; Mental health; Well-being; Agitation; Mental health and psychiatric nursing care; Psychogeriatrics

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS-UNIPVC – Escola Superior de Saúde – Universidade Politécnica de Viana do Castelo

FC – Frequência Cardíaca

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

TA - Tensão Arterial

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	IV
PENSAMENTO	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	IX
SUMÁRIO.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	XII
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	4
1. A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL COMO TÉCNICA DE PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E CONTROLO DA AGITAÇÃO EM UTENTES COM DOENÇA MENTAL.....	5
1.1. Estado da Arte	5
1.2. Métodos.....	8
1.3. Resultados	9
1.4. Discussão de Resultados	16
1.5. Conclusões e Implicações para a Prática Clínica	20
PARTE II – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	22
1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO FORMATIVO	23
1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.....	23
1.2. Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson	26
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	28
2.1. Estágio de Natureza Profissional em Internamento de Agudos	28
2.2. Estágio de Natureza Profissional na Comunidade.....	28
2.3. Estágio De Natureza Profissional Em Unidades Especializadas.....	29
3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	30
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	30
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal.....	31
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	33
3.1.3. Domínio da Gestão De Cuidados.....	35
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	37
3.2. O Autoconhecimento enquanto Competência Comum e Específica do Enfermeiro Especialista.....	39
3.3. Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	41
3.3.1. No contexto de Internamento de Agudos	42

3.3.2.	No contexto de Comunidade	43
3.3.3.	No contexto de respostas diferenciadas.....	49
3.4.	A aquisição de Competências de Mestre	58
3.5.	A contribuição da Prática Clínica para a Construção Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	60
CONCLUSÃO		62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		64
APÊNDICES		75

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráficos

Gráfico 1- Resultados da aplicação do MMSE na sessão 0

Gráfico 2- Resultados da aplicação do MMSE na sessão 0

Tabelas

Tabela 1- Resultados obtidos através da pesquisa em bases de dados

Tabela 2- Estudo Contexto e População-alvo

Tabela 3- Síntese dos estímulos utilizados, da duração das intervenções e dos profissionais envolvidos

Tabela 4- Síntese dos principais resultados na agitação, bem-estar e principais limitações

Tabela 5- Resultados da TA e FC pré e pós-sessão de estimulação sensorial

INTRODUÇÃO

No culminar do Estágio de Natureza Profissional do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde da Universidade Politécnica de Viana do Castelo (ESS– UNIPVC), surge a necessidade de elaboração de um relatório, que reflita o percurso decorrido nos estágios realizados pelo mestrando, as atividades e intervenções realizadas, bem como as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CEEEESMP) atingidas durante o período de estágio.

O presente estágio foi realizado em dois contextos, cada um com 200 horas: o primeiro, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e o segundo, numa unidade de Psicogeriatria. No segundo semestre do primeiro ano de mestrado, também foi realizado um estágio em contexto de internamento de agudos, com 200 horas, sendo todos os estágios devidamente contextualizados neste documento.

Por meio de uma descrição reflexiva, este relatório tem como principal objetivo descrever as atividades desenvolvidas em contexto de estágio de natureza profissional, bem como realizar uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Pretende-se ainda demonstrar a aquisição de competências de mestre, tendo sido realizada uma revisão narrativa da literatura de suporte à Prática Baseada na Evidência, cuja temática é a Estimulação Sensorial como estratégia para promover o bem-estar e prevenir a agitação em pessoas com perturbação mental.

Segundo Javeed Sukhera (2022), ao contrário das revisões sistemáticas que se focam numa pergunta muito estreita, uma revisão narrativa pode incluir uma grande variedade de estudos e fornecer uma visão geral da temática, com interpretação crítica, sendo uma mais-valia nas áreas da saúde.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes, a parte I diz respeito à revisão narrativa da literatura referida. A parte II apresenta o processo de desenvolvimento de competências do EEESMP no qual será retratado o percurso realizado durante o estágio. Serão abordadas as principais teorias de enfermagem fundamentais e delineadoras do meu percurso de estágio, a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e a teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Segue-se a contextualização da componente clínica, na qual será feita uma breve descrição dos contextos em que o estágio foi realizado, seguida

das Competências Comuns e Específicas do EEESMP adquiridas e das Competências de Mestre. Será também analisada uma atividade desenvolvida por mim no estágio de respostas diferenciadas, alinhada com a revisão narrativa realizada na primeira parte do documento. Por último, apresentam-se as conclusões do relatório.

PARTE I – REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

1. A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL COMO TÉCNICA DE PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E CONTROLO DA AGITAÇÃO EM UTENTES COM DOENÇA MENTAL

1.1. Estado da Arte

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo entende as suas próprias capacidades, pode lidar com o stress normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e contribuir para a comunidade em que está inserido. Podemos concluir que, sendo o bem-estar parte integrante do estado de saúde, na ausência de bem-estar não há saúde mental (2025).

O bem-estar refere-se, portanto, à saúde no sentido mais abrangente, considerando todos os seus aspetos e de forma proativa. Bruno Maggi, escreve sobre o bem-estar e a sua evolução enquanto conceito e refere que “... o bem-estar assim definido não deve ser considerado de forma estática e unívoca, nem como um estado desejado mas impossível de atingir, mas como um processo aperfeiçoável a perseguir” (2006, p. 2). Salienta-se também que este mesmo bem-estar varia de região para região, sendo influenciado pela localização geográfica, pelas realidades sociais e pela cultura da pessoa, o que impossibilita a padronização da promoção do bem-estar para todos de igual forma (Maggi, 2006).

A saúde mental, assente em dimensões como a perceção da autoeficácia, a autoatualização intelectual e emocional e a autonomia, incorpora o bem-estar como uma das suas dimensões, conforme a definição da OMS (Maggi, 2006; WHO, 2025; OMS, 2001; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

O bem-estar subjetivo é a perceção que o indivíduo tem da sua vida. Segundo Smith e Bond (1999), citados por Nascimento (2024, p. 17), trata-se de “uma avaliação cognitiva que o indivíduo faz a partir da comparação entre as circunstâncias da sua vida, mediante um padrão que ele próprio estabelece e assente na visão que ele próprio tem acerca do mundo”, sendo, desta forma, influenciável pela subjetividade do pensamento de cada indivíduo, bem como pela sua cultura e realidade social, tal como descrito previamente.

Damásio (2013), (cit. por Martins (2015, p. 108)) salienta que “a cognição depende das experiências que têm origem num corpo com diversas atitudes sensoriomotoras que estão encastradas num contexto biológico, psicológico, social e cultural; o que implica que os processos motores e sensoriais, a percepção e a ação são fundamentalmente inseparáveis da cognição vivida”.

Alinhado ao que Smith e Brown defendem, segundo o qual o bem-estar depende apenas da avaliação subjetiva e da cognição de cada indivíduo, a OMS desenvolveu, em 1998, um instrumento denominado Índice de Bem-Estar da OMS (cinco), que permite, como o nome indica, avaliar o bem-estar da pessoa nas duas semanas que antecedem a aplicação do teste, por meio de cinco questões. Estas questões avaliam a percepção subjetiva da pessoa sobre aspetos que influenciam o seu bem-estar, como a felicidade sentida, a calma ou tranquilidade, a vitalidade, a sensação de descanso matinal, ou seja, se a pessoa sente que descansou o suficiente e se as atividades que realiza diariamente a satisfazem do ponto de vista da sua realização pessoal (2024).

A estimulação sensorial é uma técnica desenvolvida, no final da década de 60, para proporcionar momentos de lazer e bem-estar a pessoas com déficits cognitivos surgindo do trabalho desenvolvido por Hulsegge e Verheul (musicoterapeuta e ergoterapeuta, respetivamente). Os autores identificaram que as atividades existentes e propostas à generalidade dos pacientes institucionalizados não apresentavam efeito em indivíduos com dificuldades intelectuais mais graves (Martins, 2015; Solé et al., 2023).

Assim, atendendo às especificidades destes utentes, desenvolveram uma atividade ocupacional “sem características terapêuticas, ou seja, não tinha como finalidade a reabilitação ou a cura” (Pereira, 2022, p. 7), com o propósito de proporcionar bem-estar, prazer e lazer a estes utentes, contribuindo positivamente para a relação entre o paciente e o profissional.

Inicialmente chamada de técnica de Snoezelen, que advém da junção de duas palavras holandesas - *Snuffelen* que significa cheirar e *Doezelen*, relaxar- realizada num espaço que “fornecia estimulação através de efeitos de iluminação, superfícies táteis, música, etc., de um modo regulado pelo utilizador, numa abordagem não diretiva.” (Hulsegge e Ad Verheul, 1987, citado por Martins, 2015, p.104)

Assim, com o passar do tempo, o Snoezelen perdeu a conotação de objetos estimulantes que constituíam a sala, como as torres de luz, etc., e passou a associar-se à atividade em desenvolvimento e às sensações que ela induz. Estas sensações, desde que proporcionem um ambiente de tranquilidade e prazer, podem ou não ter uma componente educativa ou terapêutica associada, podendo ser utilizadas unicamente com o objetivo de proporcionar bem-estar, por meio de sentimentos de tranquilidade e prazer (Martins, 2015).

Um ensaio clínico realizado por Fervaha et al. (2015), avalia o efeito de terapias sensoriais em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, e sugere que esta abordagem proporciona alívio emocional. O estudo comprova a eficácia desta abordagem na presença de sintomas de ansiedade destes doentes (melhoria da frequência cardíaca e respiratória e dos resultados da escala HADS à medida que eram realizadas mais sessões), contudo, não foram observadas melhorias nos sintomas psicóticos sentidos pelos utentes, tal como Cheng et al. corroboram no seu estudo, também em utentes com esquizofrenia (Cheng et al., 2023).

A estimulação sensorial encontra-se atualmente a ganhar visibilidade crescente em áreas da enfermagem. Estudos sobre a utilização da estimulação sensorial na reabilitação de doentes pós-Acidente Vascular Cerebral e com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico obtiveram resultados positivos, tanto na redução dos períodos de agitação, muitas vezes decorrentes de desorientação, quanto na reabilitação de algumas limitações e sequelas (Rodrigues & Varanda, 2019).

Também na Saúde Materna e Obstétrica a estimulação sensorial tem vindo a ganhar visibilidade. Parreira (2018), no seu relatório, realiza uma revisão narrativa da literatura e, posteriormente, efetua a Prática Baseada na Evidência (PBE) para comprovar os resultados obtidos com base no que investigou, e conclui que a utilização da estimulação sensorial em grávidas e puérperas reduz a dor e o tempo do trabalho de parto, promovendo relaxamento e bem-estar nesse período.

Apesar de não serem encontrados estudos sobre a estimulação sensorial aplicada por EEESMP, esta intervenção é da competência deste profissional de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Saúde Mental de Ligação (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Após uma breve análise do estado da arte relativamente ao tema em estudo e constatando que há uma investigação crescente sobre a utilização desta técnica, surge a

questão: “Quais os efeitos da estimulação sensorial na promoção do bem-estar e controlo da agitação, em utentes com doença mental?”, sendo objetivo da revisão narrativa, identificar os efeitos da utilização desta técnica na promoção do bem estar e redução de comportamentos agitados, os estímulos mais utilizados e o tempo médio de cada sessão .

1.2. Métodos

O método escolhido foi a revisão narrativa da literatura, por proporcionar maior flexibilidade na seleção de artigos e permitir uma visão mais abrangente do tema em estudo.

Foi elaborada a questão de partida segundo uma estratégia PIO: Participantes: utentes com doença mental; Intervenção: estimulação sensorial; e Resultados (*outcome*): impacto no bem-estar e na agitação.

Foram utilizados os seguintes descritores presentes na frase booleana:

(sensory stimulation OR sensory therapy OR multisensory stimulation OR multisensory stimulation) AND (mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness) AND ("agitation" OR "restlessness" OR "anxiety" OR "distress" OR "behavioural disturbance" Or "Well-Being)

Esta pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2025 a janeiro de 2026, em bases de dados científicas, como a PubMed, EBSCO e Scopus, bem como em motores de busca, como o B-On.

Foram definidos critérios de inclusão, como terem sido publicados nos últimos 5 anos (2020-2025), escritos em inglês, português ou espanhol e apresentarem acesso livre, de modo a permitir a leitura dos artigos, serem utentes com doença mental. Como critérios de exclusão, foram definidos: não responder à questão de investigação, ser realizado em pessoas com menos de 18 anos e não ser utente com doença psiquiátrica.

Foram selecionados os artigos para revisão por meio da inserção da frase booleana construída e, posteriormente, pela análise do título e do resumo do artigo, de modo a identificar se os mesmos se relacionam e se constituem um contributo para a investigação a realizar. Foi identificado um total de 197 artigos; após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos para revisão.

1.3. Resultados

Foram identificados, no total, 197 artigos no motor de busca B-on e nas bases de dados científicas supracitadas. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 13 artigos; após a leitura completa dos estudos, apenas 6 atendiam aos objetivos da revisão, conforme observados na tabela abaixo (Tabela 1). Destes 6, dois são revisões sistemáticas da literatura com meta-análise, uma revisão sistemática com síntese narrativa, um estudo qualitativo, um estudo de caso e um estudo controlado randomizado.

Base de dados / Motor de Busca	Artigos encontrados	Após leitura do título e resumo	Após leitura integral do artigo
B-on	57	1	0
Bases de dados Científicas (Medline, Cochrane, MedicLatina, LISTAbstracts)	140	12	6
Total	197	13	6

Tabela 1- Resultados obtidos através da pesquisa em bases de dados

Os dados recolhidos foram organizados com recurso a tabelas construídas para facilitar a análise posterior. Na Tabela 2 foram recolhidos: nome dos autores, título, país do estudo, ano, tipo de estudo, contexto, amostra/população; a Tabela 3 agrega tipo de estimulação utilizada; frequência de realização das sessões; resultados na agitação; principais resultados no bem-estar; principais limitações apontadas pelos autores; a Tabela 4 diz respeito ao tipo de estímulos utilizados a duração das sessões e qual o profissional que administra a sessão.

Autor	Ano	País	Tipo de estudo	Contexto	População
1- Angela Joanna Prins et al.	2020	Países Baixos	Revisão Sistemática e Meta-análise	Unidades de cuidados geriátricos	Residentes com demência
2- Stephanie Haig e Nutmeg Hallett	2022	Reino Unido	Revisão Sistemática e Síntese Narrativa	Unidades de internamento psiquiátrico de adultos	Pacientes adultos com doenças mentais (incluindo esquizofrenia e depressão)
3- Meret Helbling et al.	2023	Suíça	Revisão Sistemática e Meta-análise	Unidades de cuidados geriátricos	Adultos com défice cognitivo e/ou necessidades especiais (deficiência intelectual)

4-	Kjær, M. L., et al.	2024	Dinamarca	Estudo de caso qualitativo (entrevistas semiestruturadas)	Unidades de internamento psiquiátrico	Adultos internados (n = 20) com diversos diagnósticos (esquizofrenia, transtorno bipolar, etc.)
5-	Khatib, S., et al.	2025	Israel	Ensaio Clínico Randomizado Piloto	Lares de idosos	Idosos com défices cognitivos (65-99 anos, n = 96)
6-	Silva, S., et al.	2025	Portugal	Estudo de caso	Serviço de Psiquiatria-Hospital de Dia	Adultos (n=15, 21-56 anos)

Tabela 2- Estudo, Contexto e População alvo

Fonte	Estímulos utilizados	Nº de sessões semanais	Duração das sessões	Profissional envolvido
1	Luz (n=20) Aromaterapia (n=1) Acupuntura (n=2) Musicoterapia (n=1) Terapia assistida por animais (n=1) Atividade ciclismo (n=1) Atividade com foca robótica (n=1)	De 2 a 5 sessões semanais e sessões diárias	De 15 minutos a 2 horas	Enfermeiro administra e vigia a terapia sensorial (n=5); Avaliação de parâmetros e aplicação de escalas e instrumentos de avaliação realizada por enfermeiros e investigadores;
2	Luz (n=11) Projetores (n=5) Murais/imagens (n=8) Música em todos os estudos Estímulos táteis (n=3) Tecidos (n=5)	Não há referência	De 15 a 60 minutos com tempo médio de cerca de 40 minutos (n=3) A maioria dos estudos não faz referência ao tempo	Uso independente na sala (n=4) Realizada/facilitada por enfermeiros (n=8) Realizada/facilitada por terapeuta ocupacional (n=7) (não referem se houve mediação dos profissionais ou apenas vigilância)
3	Ambientes Multissensoriais (MSE), Sala de Snoezelen (5 sentidos)	Entre 2 e 7 vezes por semana	Entre 15 minutos e 60 minutos, Alguns estudos com estimulação 24/24 horas	Avaliação de parâmetros realizada por enfermeiros (n=5) Sessões facilitadas/realizadas por enfermeiros (n=9)

				Sessões realizadas/facilitadas por outros profissionais ou cuidadores (n=13)
4	Salas sensoriais (estímulos visuais, auditivos, proprioceptivos, tácteis e olfativos)	Ao longo de 4 meses, sem referência ao número de sessões realizadas	Sessões terapêuticas guiadas de 15 a 60 minutos	Terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas
5	Estimulação Multissensorial (Snoezelen) (5 sentidos e objetos de massagem)	4 sessões semanais	20 minutos por sessões	Terapeutas
6	Intervenção na construção de áreas do jardim e posterior cuidado trissemanal das plantas	2 a 3 sessões semanais	1 a 3 horas	Enfermeiros

Tabela 3- Síntese dos estímulos utilizados, da duração das intervenções e dos profissionais envolvidos

Fonte	Resultados na Agitação	Principais resultados no Bem-Estar	Limitações apontadas pelos autores
1	Melhoria da inquietação comportamental noturna (agitação noturna)	A estimulação sensorial com recurso a um só estímulo (visual e tátil) melhorou significativamente a duração e a continuidade do sono, a eficiência do sono e o ritmo de repouso-atividade; o impacto no ritmo circadiano foi limitado à fototerapia.	Elevada heterogeneidade entre os estudos, falta de controlo do aspeto temporal das intervenções e amostras pequenas nas análises de subgrupos.
2	Redução da irritabilidade e da agressividade em estudos qualitativos; resultados mistos em dados quantitativos sobre agressão.	Redução do sofrimento (distress) em 57-92% dos participantes; melhoria da autorregulação emocional e redução do uso de medicação SOS (PRN).	Risco elevado de viés na maioria dos estudos originais, falta de dados sobre a utilização independente vs. facilitada e escassez de literatura empírica rigorosa.
3	Melhoria significativa do comportamento agitado ($p = 0.018$)	Efeitos positivos significativos na agitação, ansiedade, cognição e depressão;	Escassez de evidências atuais (alguns estudos com mais de uma década), risco de viés de publicação em parâmetros como cognição e ansiedade e elevada heterogeneidade metodológica.

4	Redução da agitação física, pensamentos acelerados e impulsos de auto-mutilação; promoção de calma física e mental	A sala sensorial foi percebida como um "espaço seguro" e "escudo", ajudando na reconexão corpo-mente e na autogestão de crises	Exclusão de doentes sob coação ou demasiado doentes para consentir; entrevistas realizadas pelos próprios terapeutas (potencial viés de resposta)
5	Redução significativa da ansiedade e melhoria nos níveis de dor, FC e TA	A combinação de Snoezelen com apoio terapêutico foi superior às intervenções isoladas na redução da dor e da ansiedade	Conduzido num único lar; amostra de conveniência; ausência de dados de seguimento a longo prazo para avaliar a sustentabilidade
6	Promoveu os momentos de calma, reduziu o stress e diminuição de ansiedade	Promoveu a libertação de emoções, a socialização e a auto-ajuda, o sentido de responsabilidade e de respeito pelas regras; Diminuição do consumo de tabaco e criação de ritmos de vida saudáveis, diminuição no número de reinternamentos	O confinamento imposto em Portugal devido à COVID 19 levou ao encerramento do Hospital de Dia o que colocou término à intervenção

Tabela 4 - Síntese dos principais resultados na agitação, bem-estar e principais limitações

1.4. Discussão de Resultados

Estímulos e técnicas utilizadas

Como se pode verificar pela tabela 3, observa-se uma diversidade de estímulos utilizados nas diferentes sessões de estimulação sensorial, sendo os 5 sentidos (visão, olfato, tato, paladar e audição) trabalhados em todos os estudos. Verifica-se que os estímulos visuais foram amplamente mais utilizados do que os restantes, apesar de a revisão sistemática 3 e os estudos 4 e 5 terem sido realizados em sala de Snoezelen, um ambiente multissensorial com estímulos para cada um dos sentidos (Helbling et al., 2023; Kjaer et al., 2024; Khatib, et al., 2025).

Saliento ainda o aspeto propriocetivo, como se evidencia em dois estudos presentes na revisão sistemática 2 e no estudo 4, de Haig e Hallett (2023) e de Kjaer et al. (2024) respetivamente, foram implementadas sessões com recurso a mantas pesadas para induzir a sensação de peso. Segundo a literatura, a ação propriocetiva permite que cada pessoa reconheça sua posição no espaço, controle movimentos amplos (motricidade grossa) ou específicos (motricidade fina), e tenha consciência da distância entre si e outros objetos. Por meio da estimulação deste sentido, fortemente dependente da sensação tátil do indivíduo, é possível proporcionar-lhe uma sensação de segurança e calma (Comin et al., 2017).

Na maioria dos estudos, foram realizadas sessões de estimulação sensorial em salas de Snoezelen ou em ambientes multissensoriais, com exceção de 3 estudos descritos na revisão sistemática com meta-análise de Prins (2020), nos quais foram realizadas sessões de terapia assistida por animais, sessões com uma foca robótica e também uma atividade de ciclismo.

Relativamente ao estudo 6 de Silva, et al. (2025) foi construído um jardim terapêutico multissensorial. Um estudo, analisado pela revisão narrativa 3, também destaca os benefícios de um jardim sensorial. Neste estudo de Goto et al., os autores pretendiam comparar a efetividade de um jardim japonês interior à de uma sala de Snoezelen (Goto et al., 2014).

Tanto o estudo de Silva quanto o de Goto obtiveram resultados semelhantes. Ambos salientam sinais de relaxamento e bem-estar visíveis, com diminuição do stress e melhorias no humor, bem como um maior envolvimento social entre os utentes que usufruíram do jardim. Em conjunto, os estudos sugerem que o jardim sensorial funciona como uma

intervenção mais ativa e significativa do que a sala de Snoezelen, pois combina estimulação sensorial com a natureza, o significado e a possibilidade de envolvimento espontâneo. (Silva et al., 2025; Goto et al., 2014).

Tal como referido previamente, os ambientes multissensoriais podem apresentar-se de diversas formas. Neste caso, a realização de um jardim terapêutico por utentes e profissionais do hospital de dia aumentou a frequência destes utentes ao hospital de dia, reduziu o número de internamentos e, segundo os enfermeiros entrevistados, favoreceu o cumprimento de regras e normas sociais, bem como o aumento da socialização entre utentes e o sentido de autoajuda (Silva, et al., 2025).

Duração da sessão e número de sessões semanais

No que diz respeito ao tempo médio por sessão, podemos ver, pelos dados disponíveis na tabela 4, que as sessões têm duração entre 30 e 60 minutos e ocorrem em média 2 a 4 vezes por semana. Atendendo à literatura existente, o estudo de Cheng (2017) aponta para sessões bissemanais, com duração aproximada de 30 minutos, o que se alinha ao descrito nos estudos selecionados.

Profissionais que realizam a intervenção

No que diz respeito aos profissionais envolvidos, a maioria dos estudos faz referência a terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas; no entanto, a revisão narrativa 2 cita 8 estudos em que a utilização da sala contou com a presença de enfermeiros, embora não indique a atuação do profissional, ou seja, se assumiu apenas uma postura de vigilância ou se mediou a sessão (Haig e Hallett, 2023).

A revisão sistemática com meta-análise 1 (Prins et al., 2020), na sua análise dos artigos, não indica por que profissional é aplicada a estimulação sensorial; contudo, após a leitura de todos os artigos analisados por ela, é possível constatar que, em 5 dos estudos, a estimulação sensorial era administrada por enfermeiros, com vigilância dos mesmos (Burns et al., 2009; Harris et al., 2012; Onega et al., 2018; Riemersma-van der Lek et al., 2008; Susuki et al., 2010).

A revisão sistemática com meta-análise 3 também não faz referência, ao longo do documento, a quem administra, facilita ou vigia a estimulação sensorial. Desta forma, foi

realizada a leitura integral dos estudos selecionados por Helbling et al. (2023), concluindo que 8 estudos apontam para a dinamização da estimulação sensorial realizada por enfermeiros (Froggatt et al., 2020; Kaasalainen et al., 2020; Chan & Chien 2017; Hutson et al., 2014; Baker et al., 2003; Hope, 1998; Hong, 2011; Ozdemir & Akdemir, 2009). Também foi possível concluir que a avaliação de escalas e outros instrumentos de avaliação foram aplicados por enfermeiros em 5 estudos (Froggatt et al., 2020; Stacpoole et al., 2014; Staal et al., 2007; Strøm et al., 2017; Strøm et al., 2018)

Resultados identificados no controlo da agitação

Relativamente aos principais resultados apontados pelos estudos analisados, quanto à redução da agitação, verifica-se que um estudo e 2 revisões sistemáticas relataram melhorias nos períodos de agitação (Prins et al., 2020; Helbling et al., 2023; Kjaer et al., 2024).

Dois estudos também apontaram para a redução significativa da agressividade e da impulsividade das pessoas-alvo de estimulação sensorial em contexto de internamento de agudos (Haig e Hallett; 2023; Kjaer et al., 2024), sendo que, no estudo 4 é possível de constatar que os utentes consideram um espaço seguro que facilita a sua autogestão em momentos de crise.

A revisão sistemática de Haig e Hallet (2023) destaca estudos em que é visível a diminuição da necessidade de contenções físicas e também a diminuição de comportamentos agressivos, no entanto, as limitações apontam para a carência de dados mais robustos que comprovem essa melhoria, o que se alinha com o estudo de Espinosa onde se observam resultados semelhantes. Este constata que as salas sensoriais parecem contribuir para a autorregulação e para a melhoria do clima terapêutico, mas, devido à natureza multifatorial das intervenções, torna-se difícil isolar o seu efeito específico sobre a contenção, o isolamento e a violência (2015).

Resultados identificados no bem-estar

Relativamente ao bem-estar, podemos comprovar pela literatura analisada que a utilização da estimulação sensorial apresenta resultados positivos no sono de utentes com alterações cognitivas graves (Prins et al., 2020), melhoria da sintomatologia ansiosa e depressiva (Helbling et al., 2023; Khatib et al., 2025; Silva, et al., 2025), bem como na

redução do sofrimento sentido por utentes internados em unidades psiquiátricas (Haig & Hallett, 2023), sendo que, no estudo 4 de Kjaer et al. (2024), um entrevistado refere que a medicação SOS o ajuda a acalmar, mas não o deixa relaxado, enquanto a sala de estimulação sensorial, além de acalmar em momentos de crise, contribui para o relaxamento. Estes dados coincidem com os do estudo realizado por Joana Venâncio (2016), no qual se comprova uma melhoria visível no bem-estar dos utentes-alvo de estimulação sensorial, um aumento no seu grau de satisfação, bem como o favorecimento da relação de confiança.

A revisão sistemática com meta análise 2 de Haig e Hallett (2023), que procura averiguar o impacto positivo da estimulação sensorial em utentes internados, aponta para resultados positivos no que diz respeito à sensação de bem-estar, dos quais saliento a diminuição da tensão sentida pelos utentes, da hostilidade e da ansiedade, entre outros parâmetros avaliados, sendo estes positivos e transversais a todos os estudos analisados nesta revisão sistemática. Esta informação também é corroborada pela revisão de revisões realizada por Meyer e O'Keefe (2018), que constata que tanto a estimulação sensorial generalizada, quanto a música apresentam resultados positivos na redução de comportamentos hostis.

O estudo de Khatib et al. (2025) descreve uma melhoria da sintomatologia ansiosa, da Frequência Cardíaca (FC) e da Tensão Arterial (TA). A revisão sistemática de Helbling também aponta 3 estudos que relatam uma ligeira melhora da FC (Hope, 1998; Masseda et al., 2014; Masseda et al., 2018). Os resultados obtidos nesta revisão narrativa encontram-se alinhados com o que relatam Cheng et al. (2017) no seu estudo sobre a resposta de utentes com esquizofrenia perante a estimulação sensorial. Os autores constataam uma melhoria dos resultados da FC pós-estimulação sensorial, associada à melhora da sintomatologia ansiosa.

Dos estudos analisados, a maioria relatou melhora da sintomatologia ansiosa e depressiva (Helbling et al., 2023; Khatib et al., 2025; Silva, et al., 2025). O estudo 2, de Haig e Hallett, uma revisão sistemática com síntese narrativa, evidenciou que alguns dos estudos analisados apontaram para uma redução na utilização de terapêutica SOS e de contenções físicas, beneficiando também o bem-estar tanto de utentes como de profissionais na prestação de cuidados diretos (Haig e Hallett; 2023).

Outros resultados obtidos

Além destes resultados, diretamente ligados ao objetivo da revisão realizada, ressalvo ainda alguns resultados positivos, tais como a melhoria da duração e da continuidade do sono (Prins et al., 2020), a melhoria da autorregulação emocional (Haig e Hallett; 2023), a redução de comportamentos autolesivos, bem como de pensamentos e sentimentos negativos relatados por utentes entrevistados (Kjaer et al., 2024).

No entanto, salienta-se ainda que os autores dos estudos selecionados apontam algumas limitações, como a elevada heterogeneidade das intervenções e dos estímulos implementados, o que dificulta a avaliação dos resultados obtidos entre os estudos, bem como as revisões sistemáticas apontam para algum risco de viés entre os estudos analisados, sendo que alguns destes estudos têm mais de uma década desde a sua publicação.

1.5. Conclusões e Implicações para a Prática Clínica

Comprova-se, pela descrição dos resultados dos estudos analisados, que existem vantagens inegáveis na utilização da estimulação sensorial como técnica que proporciona momentos de bem-estar e relaxamento a utentes com doença mental. Apesar de serem identificadas críticas e riscos de viés, estes nunca são associados ao risco de causar mal-estar ao utente, devendo apenas assegurar-se de que o utente não é sobreestimulado em momento algum durante a sessão.

Desta forma, a utilização da estimulação sensorial proporciona momentos de tranquilidade e relaxamento, bem como promove o controlo da agitação em utentes com doença mental.

Enquanto profissional, o EEESMP, por meio do conhecimento científico da anatomofisiologia humana, bem como de estratégias de relaxamento, é capaz de conceber intervenções de estimulação sensorial com o objetivo de proporcionar momentos agradáveis e relaxantes, além de promover benefícios para o sono, a impulsividade, a ansiedade e a depressão.

De realçar que, dos estudos encontrados, não há reporte de que tenham sido realizados por enfermeiros especialistas, o que indica a necessidade premente de mais estudos sobre a utilização da estimulação sensorial por estes profissionais, tendo em conta

as suas competências específicas. A implementação desta técnica tem benefícios para o bem-estar e o controlo da agitação, como referido, pelo que se torna uma intervenção útil na prática clínica do EEESMP, sendo, segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação, uma intervenção da competência do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

**PARTE II – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

Nesta segunda parte do Relatório, será analisado o percurso realizado em todos os contextos de estágio. O primeiro, decorreu numa unidade de internamento de agudos no norte de Portugal de 5 de maio de 2025 a 18 de julho do mesmo ano. O estágio seguinte teve início a 29 de setembro e término a 31 de março de 2026. Decorreu em dois contextos que prestam cuidados a populações com necessidades distintas. O primeiro, realizado numa UCC do norte de Portugal, teve início a 29 de setembro de 2025 e terminou a 19 de dezembro de 2025. O segundo, realizado numa unidade de psiquiatria no norte de Portugal, teve início a 5 de janeiro de 2026 e término a 31 de março de 2026.

No decorrer deste capítulo, serão brevemente abordadas as teorias que sustentaram a minha prática de cuidados em diversos contextos, seguidas da respetiva contextualização.

Posteriormente, serão descritos os contextos clínicos em que o estágio decorreu, seguidos das Competências Comuns e Específicas do EEESMP adquiridas nesse contexto. Serão apresentadas todas as intervenções e atividades realizadas no contexto de estágio, entre as quais saliento a intervenção de estimulação sensorial, construída com base na revisão narrativa realizada.

1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO FORMATIVO

1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

A teoria das relações interpessoais é uma teoria de enfermagem de médio alcance desenvolvida por Hildegard Peplau em 1952, baseada em modelos teóricos como os de Sullivan e Freud. Esta teoria foca na relação entre o enfermeiro e o utente, caracterizando-se como uma interação colaborativa e dinâmica, na qual o enfermeiro atua como mediador entre o utente e os demais profissionais de saúde (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004; Pinheiro et al., 2019).

A relação terapêutica em enfermagem é descrita por Peplau em 4 etapas: orientação, identificação, exploração e resolução (Pinheiro et al., 2019).

A fase de orientação caracteriza-se pela procura de ajuda por parte da pessoa, o que conduz ao início da relação terapêutica. Nesta fase, definem-se os papéis e os limites de cada uma das partes, dando início à relação terapêutica, ponto de partida essencial para o cuidado em enfermagem. Desta forma, o enfermeiro deve, em articulação com os demais membros

da equipa multidisciplinar, explicar ao utente o problema e as implicações inerentes a este (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004).

Seguidamente, o utente “começa a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita” (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004, p. 207), iniciando-se a fase de identificação. Nesta fase, o objetivo é o enfermeiro colaborar com o utente e favorecer a capacidade do utente de identificar os seus problemas ou dificuldades. O utente, ao iniciar este contacto com o enfermeiro, inicia um processo de idealização do mesmo com base nas suas experiências passadas, o que pode gerar respostas semelhantes às dadas em relações anteriores, por reconhecer traços de pessoas da sua vida no enfermeiro, o que pode conduzir a um fenómeno de transferência para com o profissional (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004; Pinheiro et al., 2019).

Assim, as respostas do utente podem ser condicionadas pelo tipo de relação passada que ele associa ao contacto atual com o enfermeiro. “Cabe ao enfermeiro trabalhar com essa representação, ampliando os significados e trabalhando as relações de dependência, independência. Esse processo irá clarificar as preconcepções de ambos e direcionar a relação para uma aprendizagem construtiva” (Pinheiro et al., 2019, p. 66).

Como possíveis respostas do utente, descreve-se a entrega à relação, na qual se observam menos incertezas e uma colaboração mais efetiva no processo terapêutico. Outra possível resposta é o isolamento por parte do utente, que pode tentar parecer independente ou, por outro lado, demonstrar fragilidade e dependência excessiva dos profissionais que lhe prestam cuidados. É papel do enfermeiro incentivar a responsabilização do usuário e promover sua autonomia. (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004).

Segue-se a fase de exploração, na qual o utente faz pleno uso dos recursos disponíveis, visando à obtenção do maior número possível de benefícios. Cabe ao enfermeiro manter uma resposta adequada às necessidades do utente, e ambas as partes trabalham na mesma direção: a resolução do problema e o término da relação (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004).

Por fim, na fase de resolução, o utente já é independente na sua atuação, caracterizada essencialmente pelo afastamento dos vínculos estabelecidos durante o processo terapêutico e pela preparação para o término da intervenção (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004).

O profissional de enfermagem deve estabelecer uma relação terapêutica de confiança e colaboração com o paciente. Essa relação possibilita não apenas compreender o utente, mas também identificar suas necessidades. (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2004).

Podemos observar um paralelismo entre a teoria de Peplau e o processo de enfermagem. A teoria de Peplau é bastante utilizada e considerada fundamental para o processo de enfermagem, que é essencial para aplicar na prática a teoria. Atendendo ao Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenções Psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2023), documento orientador que visa clarificar de que forma e quais as intervenções psicoterapêuticas da responsabilidade do EEESMP, podemos concluir que, inerente a cada intervenção psicoterapêutica, há um paralelismo com esta teoria.

De acordo com o GOBP (Ordem dos Enfermeiros, 2023), é inicialmente realizada uma entrevista com o utente, que permite a recolha de dados sobre o mesmo, bem como explica o processo terapêutico. São definidas as regras da intervenção ou do grupo terapêutico, contribuindo para a construção da relação terapêutica. Realizando a ponte entre o processo de enfermagem e a teoria de Peplau, o descrito previamente coincide com a fase de orientação da autora, sendo este o ponto inicial da construção da relação terapêutica.

A fase que se segue é a de identificação, que diz respeito à capacitação do utente para construir o seu próprio conhecimento e dotá-lo de autonomia. Nesse sentido, estabelecendo a ponte entre a teoria e o que foi desenvolvido na prática, foram ouvidas as preocupações dos utentes e, em conjunto com eles, foi elaborado um plano de intervenção que considera suas particularidades e desejos. O objetivo principal é capacitar a pessoa a realizar esse processo de forma autónoma, promovendo sua capacidade construtiva.

Em seguida, é expectável a evolução do utente neste sentido, iniciando-se a fase de exploração, na qual o utente não se encontra tão dependente do enfermeiro no processo de tomada de decisão. Assim, nesta fase, procurei ser apenas um recurso para o utente, estando ao dispor para pôr em prática as estratégias e auxiliar na sua implementação, visando à promoção da autonomia e da autodeterminação do utente.

Quando o utente já não necessita de recorrer ao auxílio do enfermeiro, avançamos para a fase de resolução. Neste momento, é fundamental reforçar que a intervenção está prestes a terminar e preparar os utentes para o seu encerramento. No decorrer dos estágios,

esta foi a fase em que identifiquei as maiores dificuldades. Sempre que as intervenções realizadas trouxeram mais-valias, prazer e satisfação aos utentes, os momentos de despedida revelaram-se difíceis de gerir no plano emocional, com alguns utentes a chorar com o fim das intervenções. Notei que o facto de eu mesmo ter passado por momentos em que me emocionei com as palavras de agradecimento dos utentes acabou também por tornar esses momentos mais difíceis de gerir. No entanto, é importante notar que esses sentimentos são normais quando algo de que gostamos termina; é importante aceitá-los quando surgem, deixá-los fluir naturalmente e compreender a razão desses sentimentos, para facilitar a aceitação do momento.

Estes momentos emotivos, em que as fragilidades emocionais se revelam, articulam-se também com a segunda teoria que escolhi para orientar os estágios realizados.

1.2. Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson

A teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson apresenta uma visão da enfermagem assente nas esferas emocionais e espirituais, que vai além da dimensão física e da mera perspectiva de saúde e doença. Caracteriza-se por integrar uma dimensão mais holística, inspirada em teóricos como Carl Rogers (Evangelista et al., 2020).

Como principais conceitos inerentes a esta teoria, destacam-se o cuidado transpessoal propriamente dito, o Processo Caritas (dividido em 10 elementos) e a ocasião real de cuidar (Evangelista et al., 2020).

O cuidado transpessoal diz respeito à relação entre duas ou mais pessoas, neste caso, a relação enfermeiro-utente, defendendo que cada um é portador da sua história de vida e das suas crenças e que, com o estabelecimento da relação, influenciam-se mutuamente e tornam-se parte integrante da história de vida um do outro. Segundo Evangelista et al. (2020, p.3), “O cuidado transpessoal vai além do ego e irradia para a dimensão espiritual, e envolve a busca de conexão com o espírito do outro, mediante relação autêntica, cuja união é recíproca e capaz de transcender o momento”. A base do cuidado em saúde mental é o relacionamento terapêutico.

O Processo Caritas é composto por 10 elementos, tal como referido previamente, dos quais realço: “Cultivar a prática de bondade amorosa com equanimidade para si e outros”

através da empatia, escuta e respeito incondicional pela dignidade e vulnerabilidade humana; o desenvolvimento de uma “relação de ajuda, confiança, amor e carinho” sendo que só assim poderemos verdadeiramente estar conscientes dos problemas da pessoa; a promoção de “expressão de sentimentos positivos e negativos” através da escuta ativa e empática; “Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar”; bem como honrar “as crenças culturais, os mitos e as metáforas e o mundo da vida interior e subjetiva” tanto da família e do utente, mas também as minhas enquanto profissional. (Evangelista et al. , 2020, p. 3– 4)

Por último, o conceito de ocasião real de cuidar, formulado inicialmente por Whitehead. O autor argumenta que, na relação entre enfermeiro e utente, estão continuamente presentes as histórias passadas e a experiência subjetiva que delas decorre. Desta forma, se a experiência for de facto transpessoal, pode “expandir as potencialidades humanas” tanto do enfermeiro como da pessoa-alvo dos cuidados. (Evangelista, et al. , 2020, p. 3)

No decorrer dos meus estágios, esta teoria esteve presente em todos os contactos que mantive com os utentes sob o meu cuidado. A história de vida e as vivências de cada indivíduo tornam-no uma pessoa única. Com a consciência de que cada indivíduo, face à mesma situação, experiencia-a de forma diferente de outra pessoa com uma história de vida diferente. Na área da saúde mental, a consciência de que estas vivências distintas caracterizam indivíduos distintos está mais presente do que em qualquer outra área. É preciso compreender verdadeiramente e empaticamente o outro, transcender a dimensão física da pessoa, de forma a estabelecer uma relação de confiança, na qual a pessoa se sinta confortável para partilhar sentimentos negativos ou pensamentos que a preocupam, com a garantia de que será ouvida e compreendida, sem qualquer julgamento ou preconceito por parte da pessoa que presta cuidados.

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

2.1. Estágio de Natureza Profissional em Internamento de Agudos

O estágio realizado em contexto de internamento de agudos decorreu no 2.º semestre do 1.º ano num Serviço de Internamento de Agudos de Psiquiatria da zona norte do país.

Esta unidade recebe utentes que, na sua maioria, se encontram em fase de descompensação da doença. A taxa de ocupação da unidade é de 100%. Geralmente, o internamento é motivado por uma situação clínica aguda, seja por descompensação da patologia de base ou por uma primeira descompensação de etiologia desconhecida (por exemplo, primeiro surto psicótico).

A tipologia de utentes deste serviço é muito heterogénea: a faixa etária é muito abrangente, prestando cuidados a utentes desde o início da idade adulta (sempre superiores a 18 anos), incluindo idosos.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa é constituída por médicos psiquiatras, uma secretária de unidade, assistentes operacionais, assistentes sociais, funcionários de limpeza, psicólogos, enfermeiros e pessoal de segurança, apenas durante os horários de visita.

O internamento neste serviço decorre de encaminhamento do Serviço de Urgência Psiquiátrica e das Consultas Externas de Psiquiatria.

2.2. Estágio de Natureza Profissional na Comunidade

O estágio em contexto comunitário foi realizado numa UCC do Norte do país. Apresenta uma equipa multidisciplinar e composta, na sua maioria, por enfermeiros especialistas, entre outros elementos, como médicos, assistente social, assistente técnica e coordenadora da UCC.

O horário de funcionamento desta UCC compreende-se entre as 08:00 e as 20:00, de segunda a sexta-feira; no entanto, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) também presta cuidados aos fins de semana e feriados entre as 09:00 e as 17:00.

Esta unidade, além da ECCI, presta também cuidados nas escolas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, tendo instituído várias iniciativas, como Educação Sexual, Alimentação Saudável, apoio a crianças com Necessidades Educativas Especiais e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Além dos programas referidos e em estreita ligação com o estágio desenvolvido e as intervenções realizadas neste, a unidade tem projetos de saúde sexual e reprodutiva, com aulas de Preparação para a Parentalidade e também consultas de saúde infantil e juvenil. Durante a minha permanência na unidade, foi iniciado um projeto na área de capacitação de cuidadores informais.

Esta unidade estabelece também ponte com outras estruturas da comunidade, como é o caso da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e da Equipa Local de Intervenção.

2.3. Estágio De Natureza Profissional Em Unidades Especializadas

O estágio em questão foi realizado numa unidade de Psicogeriatria de um distrito do norte do país.

A unidade apresenta lotação máxima durante a minha permanência, e os utentes institucionalizados não se encontram em fase aguda de descompensação da doença. Na sua maioria, a unidade é composta por utentes do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade e com diagnóstico de esquizofrenia. No entanto, é de notar que a grande maioria dos utentes apresenta déficits cognitivos e elevada dependência na realização das suas atividades de vida diária.

A unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros (especialistas e generalistas), psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social, técnicos de educação física e pessoas que prestam apoio espiritual aos utentes institucionalizados.

A unidade dispõe de uma série de atividades, como expressão plástica, lazer, expressão corporal e estimulação sensorial, entre outras, que visam aumentar a autonomia e proporcionar momentos lúdicos e prazerosos, bem como promover o bem-estar do utente durante o internamento.

3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Foi publicada no Diário da República, a 29 de abril do presente ano, uma adaptação do Regulamento das CCEE. Dado que os estágios decorreram ainda com o regulamento anterior em vigor, saliento que o documento orientador foi a versão das CCEE de 2019, presentes no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro.

Segundo este, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744)

Desta forma, além das competências específicas que o Enfermeiro Especialista deve deter e que se encontram enunciadas no Regulamento nº 140/2019 da Especialidade em Enfermagem, estes profissionais partilham “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” e que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744) que contribui para a valorização e crescimento científico da profissão.

O atingimento destas competências em contexto de estágio é de extrema importância dado que “A certificação das competências ... assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que ... mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744)

Assim, é expectável que o EEESMP dê resposta às várias competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que serão abordadas neste ponto, bem como uma análise reflexiva às atividades ou intervenções desenvolvidas para o atingimento dessas competências.

A OE determina quatro domínios de competências a que o Enfermeiro Especialista deve dar resposta, sendo eles:

- “Domínio da responsabilidade profissional e ética legal” (A);
- “Domínio da melhoria contínua da qualidade” (B);
- “Domínio da gestão de cuidados” (C);
- “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (D)

Nos próximos pontos, serão abordadas individualmente as respetivas competências.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal

Dado que a profissão de enfermagem presta cuidados a pessoas, necessita de um guia orientador que oriente a prática dos profissionais. Deste modo, a ética surge como orientação para a prestação de cuidados. A ética é a disciplina que estuda o comportamento humano, os princípios morais, os valores e a conduta dos indivíduos.

Mais recentemente, surge o termo bioética, “como uma resposta às complexidades éticas emergentes na era moderna, especialmente com os avanços rápidos da biomedicina e da tecnologia” (Santos & Magri, 2024, p.212).

A bioética fornece diretrizes e princípios que ajudam os profissionais de enfermagem a equilibrarem considerações éticas enquanto prestam cuidados de qualidade, promovendo a autonomia do paciente, a justiça na distribuição de recursos de saúde e a reflexão contínua sobre dilemas éticos na prática clínica. (Santos & Magri, 2024, p.212).

Assente em quatro princípios fundamentais (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência), a bioética rege e orienta a prática dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

O princípio da autonomia defende a autodeterminação da pessoa cuidada, assim, cabe à pessoa a decisão, livre e informada, sobre os tratamentos ou procedimentos a serem realizados. A pessoa pode recusá-los desde que a decisão tenha sido tomada de forma consciente e com conhecimento de todos os fatores. (Bessa, 2013)

O princípio da justiça refere que a distribuição de recursos e oportunidades deve ser equitativa mesmo quando escassos, sendo que a imparcialidade dos profissionais deve ser preservada a todo o momento. (Bessa, 2013)

O princípio da Beneficência e o de Não Maleficência defendem que os profissionais devem fazer sempre para melhorar as condições da pessoa cuidada, maximizando os benefícios, caso não seja possível, a ação do profissional não deve prejudicar o estado através de atos negligentes ou imprudentes que possam causar dano à pessoa cuidada. (Bessa, 2013)

Outro conceito introduzido na bioética foi o princípio da vulnerabilidade, que significa “algo que causa lesão” e caracteriza algumas “categorias da população consideradas mais expostas e menos capazes de se defender contra abusos e maus-tratos realizados por outros” (Moraes & Monteiro, 2017).

No que diz respeito à aplicação dos pressupostos previamente referidos, durante a minha prática clínica, tive o cuidado de garantir a autonomia dos utentes a quem prestei cuidados, assegurando que a sua vontade e os seus gostos eram tidos em conta sempre que se encontravam em condições de tomar decisões.

Saliento também que, no que diz respeito às informações pessoais dos utentes aos meus cuidados, foi garantida a confidencialidade dos dados e das informações adquiridas em contextos de estágio, mantendo o sigilo profissional inerente à prática de enfermagem e assegurando o respeito pelo utente e as suas convicções, tal como descrito nas unidades de competência A2.1.3 – “Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.”; A2.1.4 – “Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade.”; A2.1.5 – “Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.” e A2.1.6 – “Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.”, referentes à competência A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, 4746).

No entanto, e segundo o regulamento das competências específicas do EEESMP (2018, p. 21427) "O cliente ... com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico." Nesta situação, assume-se que o utente não apresenta condições para realizar o processo de tomada de decisão sozinho; assim, procurei sempre assegurar os princípios da beneficência e da não maleficência, garantindo que nenhum dos cuidados ou intervenções realizados causasse prejuízo à pessoa cuidada.

Desta forma, foi possível também cumprir os critérios de avaliação A1.1.5 – “Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.”; A1.1.7 – “Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido” dando resposta à unidade competência A1.1 – “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.”(Regulamento n.º 140/2019, 2019, 4746).

Considerando as competências “Desenvolve [r] uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (A1) e “Garante [ir] práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (A2) (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4746), contempladas no domínio da responsabilidade ética e legal, encontram-se respondidas, dado que, ao longo da minha prática clínica, pude participar em processos de tomada de decisão de cuidados/intervenções a realizar a utentes, garantindo que a autonomia e vontade do utente prevalecia, prestando sempre cuidados de forma humanizada visando a melhoria do estado da pessoa cuidada e garantindo sempre a confidencialidade dos dados e o direito do utente à sua privacidade.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O presente domínio refere-se à capacidade do enfermeiro especialista de avaliar criticamente a qualidade dos cuidados prestados, rever as práticas em vigor com base em resultados publicados e iniciar e implementar projetos de melhoria da qualidade. No entanto, também diz respeito à promoção de ambientes terapêuticos seguros. (Regulamento nº140/2019, 2019).

Foi possível integrar um projeto de melhoria já em vigor durante o estágio realizado em contexto de UCC. Foi realizada, em conjunto com a equipa, uma análise do Programa de Preparação para a Parentalidade. Até então, este Programa não apresentava nenhum momento em que o EEESMP abordasse a importância da saúde mental nesse período.

Desta forma, dado que a saúde mental é de extrema importância neste período da vida dos casais, propus-me a realizar um projeto no qual seriam adicionadas 2 sessões, da responsabilidade do EEESMP, ao projeto de melhoria já existente. Acrescento que serão

abordados o projeto e as aulas lecionadas no mesmo mais adiante no presente documento, aquando da descrição do estágio realizado em contexto comunitário

Desta forma, com a supervisão e o feedback permanente da EEESMP da UCC, pesquisei e elaborei material para implementar duas sessões deste Programa com vista a esclarecer alguns conceitos que suscitam dúvidas e receios nos casais, capacitar os casais de conhecimento sobre sinais de alerta de instalação de uma patologia psiquiátrica neste período, bem como sobre estratégias e mecanismos de proteção para prevenir o surgimento destas patologias.

No documento elaborado, constam os objetivos das sessões inseridas no programa, bem como uma fundamentação, com conhecimento atualizado e pesquisado em bases de dados científicas, para cada temática.

O documento condensa os conceitos dos tópicos a abordar, dos principais problemas de saúde mental que podem surgir durante este período, o conceito de vinculação e a sua importância no desenvolvimento do bebé, bem como o impacto desta vinculação na relação a ser construída.

O Projeto em questão foi aplicado, e foram incluídas as sessões implementadas pelo EEESMP, que receberam feedback bastante positivo dos casais presentes. Foi demonstrado interesse pelos temas abordados, bem como foram colocadas inúmeras questões relacionadas com os mesmos, sendo dado testemunho de gravidezes anteriores, dos sentimentos envolvidos e das técnicas utilizadas para solucionar os problemas ou incómodos que foram surgindo.

A sessão evoluiu para um espaço de partilha de conhecimentos e experiências, que, segundo os casais participantes, só se mostrou possível através da criação de um ambiente seguro para o esclarecimento de dúvidas e receios associados a este período, bem como proporcionou confiança para a transição futura.

Por meio da elaboração do projeto previamente referido e a contribuição para a melhoria do Programa de foi possível a aquisição da competência B1- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área

da governação clínica” e B2- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4747).

Ainda relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, a competência B3- “Garante um ambiente Terapêutico e Seguro” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4747-4748) diz respeito à gestão correta do ambiente, gestão de riscos, promovendo um ambiente de cuidados seguro onde o indivíduo, na sua fragilidade, se sinta protegido.

Ao longo dos meus estágios, garanti sempre que os utentes sob minha responsabilidade se sentissem num ambiente seguro, livre de qualquer julgamento ou represália, independentemente das suas particularidades. Assegurei a confidencialidade essencial à relação terapêutica em desenvolvimento. Este projeto de melhoria das sessões de PpP serve também como um exemplo desse ambiente seguro, criado em todos os momentos, possibilitando que as pessoas expressem abertamente os seus receios e preocupações e partilhem experiências passadas que podem contribuir de forma positiva para a vida de outra pessoa.

Relativamente à gestão de risco, em todos os contextos, reuni-me diariamente com as enfermeiras tutoras responsáveis, no início de cada turno, para o organizar. Explicava o que pretendia realizar nesse dia, de modo a atingir os objetivos estabelecidos no Plano de Ação, e discutia-se o período mais indicado para dar resposta às demais necessidades do serviço, aquando da minha presença, sem alterar as rotinas já instituídas, que garantem o bem-estar dos utentes e minimizam o risco de algo acontecer.

Atendendo ao referido, considera-se atingida a competência B3- “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4748).

3.1.3. Domínio da Gestão De Cuidados

O domínio da gestão dos cuidados refere-se à otimização não só das equipas nas quais o enfermeiro se insere, mas também dos recursos necessários à prática diária de cuidados, garantindo, assim, que os cuidados prestados aos utentes sejam seguros, eficientes e de qualidade. Este domínio posiciona o enfermeiro especialista como líder operacional nos cuidados prestados, articulando-se de forma permanente com a restante equipa multiprofissional.

Analisando as competências individualmente, a primeira é “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748).

Face a esta competência, saliento a unidade de competência C1.1 – “ Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748).

Durante o estágio de internamento no serviço de agudos, foi possível, em conjunto com o enfermeiro tutor, referenciar utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental ou para a Consulta Externa de Psiquiatria assim, foi construída a avaliação global dos utentes, bem como uma nota que contemplasse a avaliação da evolução do internamento na plataforma de submissão da avaliação para a equipa da rede, assegurando a continuidade de cuidados necessária após a alta.

Acrescento ainda que, internamente na unidade, tive a possibilidade de, após análise da situação e posterior discussão com o enfermeiro tutor, referenciar utentes ao médico de referência por queixas variadas, dado que não eram da competência do enfermeiro e requeriam uma resposta de outro profissional de saúde, nomeadamente encaminhamento médico.

Esta competência foi respondida através do critério de avaliação C1.1.2 – “Colabora nas decisões da equipa de saúde”; C1.1.4 – “Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748).

Relativamente à Competência C2, esta diz-nos que o enfermeiro especialista “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4748,4749). Ou seja, centra-se na capacidade do enfermeiro especialista de ajustar a sua forma de liderar e gerir os profissionais, o tempo e os meios necessários às situações concretas da unidade e dos utentes.

Foi possível dar resposta a esta competência, com resposta aos critérios de avaliação C2.1.3 – “Coordena a equipa de prestação de cuidados”; C2.1.4 – “Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749).

Através do acompanhamento do enfermeiro-chefe aquando da realização dos horários dos profissionais, foi possível entender as linhas orientadoras para a distribuição eficaz de recursos humanos ao longo do dia, mas também ao longo do mês, de forma a não sobrecarregar nenhum dos profissionais, mas, ainda assim, garantindo uma distribuição dos mesmos de forma equilibrada e de maneira a responder às necessidades do serviço. Acrescento, ainda, o meu envolvimento na avaliação das necessidades de material para a prestação de cuidados, bem como na encomenda desse material.

A realização destes atos é de extrema importância para a prestação de cuidados de excelência, assegurando a presença tanto de recursos humanos qualificados, neste caso, os enfermeiros da equipa, como também de recursos materiais essenciais para a prática de cuidados diária. Por ser da competência do enfermeiro especialista garantir que a coordenação destes recursos é feita de forma eficiente, propus-me a realizar esta gestão em articulação com o enfermeiro-chefe do serviço para que pudesse adquirir esta competência de extrema importância e base da prestação de cuidados.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais diz respeito ao crescimento contínuo, à integração de novos conhecimentos e à transformação em prática clínica qualificada e em aprendizagem para os outros.

Este domínio está formalmente definido no Regulamento das CCEE, no qual se explicita que as competências se organizam em “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a *praxis* clínica especializada em evidência científica”. (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749).

Dividido em dois eixos principais, o presente domínio tem como finalidade garantir que o enfermeiro especialista é capaz de se autoavaliar, desenvolver-se e procurar continuamente o autoconhecimento e a autoconsciência, bem como evidência científica atualizada que guie a sua prática clínica.

A competência D2 – “Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749) diz respeito à fundamentação informada das decisões tomadas, de forma a identificar lacunas de saber no próprio e na

equipa, atuando o enfermeiro como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, planeando, implementando e avaliando a formação e desenvolvimento profissional da equipa em que se insere.

Destaco, neste caso, a unidade de competência D2.1 – “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749), para a qual foi realizada uma formação em contexto de trabalho para os enfermeiros do internamento de agudos com o objetivo de uniformizar os registos, reduzir erros e otimizar o acesso à informação clínica, contribuindo para decisões mais seguras e fundamentadas. Foram identificados receios entre os profissionais face à instituição de um novo programa informático, pelo que foi organizada uma formação em contexto de trabalho, na qual foi demonstrado, passo a passo, o preenchimento da avaliação inicial, o registo de diagnósticos e intervenções e a consulta de informação prévia do utente no SClínico.

Os enfermeiros presentes na formação destacaram que a apresentação foi muito bem elaborada e clara, o que lhes permitiu compreender melhor como realizar certas funções que, na formação anterior, não haviam sido tão bem explicadas ou compreendidas. O evento revelou-se um espaço de crescimento e aprendizagem, no qual todos os enfermeiros participaram ativamente e fizeram perguntas para esclarecer o funcionamento do sistema.

Através do cumprimento dos critérios de avaliação D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. “D2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas.”; “D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.”; D2.1.5 – “Avalia o impacto da formação” foi possível dar resposta à unidade de competência D2.1” – Responsabiliza – se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” referente à competência “D2– Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Saliento ainda o critério de avaliação da competência D2.3 – “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.” em que se pode ler “D2.3.3 – Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas”, referindo que em todos os momentos procurei observar e participar ativamente nos processos de tomada de decisão, de modo a absorver o máximo de experiência possível contribuindo para o meu desenvolvimento profissional enquanto futuro EESMP.

3.2. O Autoconhecimento enquanto Competência Comum e Específica do Enfermeiro Especialista

No que diz respeito ao autoconhecimento, especificamente o ponto D1 das CCEE – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749) e o ponto F1 das CEEEESMP – “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p.21428), cabe ao profissional trabalhar a consciência de si enquanto pessoa e profissional, reconhecendo de que forma as suas palavras ou ações influenciam a relação entre colegas e também com os utentes.

Visto que as competências acima referidas se complementam, decidi agrupá-las num único ponto. Estas foram atingidas através da realização do mesmo instrumento nos diferentes locais onde o estágio foi realizado.

A realização de diários reflexivos escritos na minha vida pessoal, para análise não só das respostas emocionais, mas também das respostas físicas face a determinadas situações, revelou-se uma mais-valia. Além dos momentos reflexivos que a realização deste instrumento proporciona, favorece uma maior compreensão e uma forma de conexão com os momentos vividos. Dado que a realização destes diários na minha vida pessoal se mostrou favorável à minha autoconsciência, decidi estendê-los à minha vida profissional e académica, de modo a proporcionar uma reflexão, o mais imparcial possível, sobre os momentos vividos. A anotação dos comportamentos e das respostas emocionais ou físicas, para análise posterior, permite-me reavaliar o sucedido, sem sentimentos deturpadores, de modo a identificar falhas na conduta e possíveis oportunidades de melhoria, visando o crescimento profissional e pessoal.

Esta estratégia permitiu-me analisar e gerir as emoções, as idiossincrasias e os limites próprios, facilitando o ajuste da comunicação e da postura profissional face aos desafios do dia-a-dia. Além de facilitar uma análise mais detalhada do meu percurso profissional, foi possível prestar mais atenção às minhas dificuldades pessoais, bem como às minhas conquistas, promovendo o autoconhecimento e a reflexão sobre a prática diária de cuidados.

Desta forma, e através deste instrumento, foi possível o registo de pensamentos, emoções e sentimentos que surgem da minha interação com os outros, aumentando a minha capacidade reflexiva acerca das interações estabelecidas e das reações físicas apresentadas, reduzindo os fenómenos de transferência/contratransferência, favorecendo a autoconsciência e a postura crítica e reflexiva relativamente à minha prática de cuidados.

Através desta estratégia, foi possível responder ao critério de avaliação D1.1.1 “— Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar.”; D1.1.3 “— Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.”, ambos pertencentes ao domínio D1 das CCEE— “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4749), mas também ao ponto F1 das CEEEESMP— “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”, através do cumprimento dos critérios de avaliação: F1.1.1 – “Identifica no aqui e agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.”; F1.1.2 – “ Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”; F1.1.3 – “Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.”; e F1.1.4 – “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p.21428).

Acrescento, ainda, que a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson é de extrema importância para a aquisição desta competência. A autora afirma que, ao estabelecer-se a relação terapêutica, as vivências de cada indivíduo envolvido influenciam as respostas de cada uma das partes (Evangelista et al., 2020).

Desta forma, cabe ao enfermeiro gerir as suas idiossincrasias e controlar as suas respostas verbais e não-verbais de modo a garantir a segurança do utente, certificando-se que o mesmo não é exposto às e da relação que se está a construir. Para tal, é necessário por parte do profissional que conheça as suas respostas e os seus limites, de modo a garantir uma

prestação de cuidados físicos e psicoterapêuticos de excelência, visando a melhoria do estado de saúde mental atual do utente-alvo de cuidados.

3.3. Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com o Regulamento nº 515/2018 que regula as competências específicas do enfermeiro EESMP, o mesmo tem como principal finalidade “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21427)

Segundo este, o EEESMP é sensível ao sofrimento das pessoas com patologia mental, bem como compreende as implicações que este processo de doença tem para a pessoa. Desta forma, cabe ao mesmo promover a saúde mental do indivíduo, da família e da comunidade, de modo a prevenir a doença mental, bem como diagnosticar problemas já existentes e planear intervenções que “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21427), evitando o agravamento do problema identificado, promovendo a reinserção social da pessoa e a recuperação da sua qualidade de vida.

Segundo o Regulamento nº 515/ 2018 (2018, p.21427) as competências do EEESMP são: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (F1); “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (F2); “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (F3); “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (F4)

Seguidamente, serão apresentados os diversos contextos em que os estágios decorreram, bem como será realizada uma análise reflexiva das intervenções realizadas e de que forma estas contribuíram para o atingimento das competências específicas do EEESMP.

3.3.1. No contexto de Internamento de Agudos

O estágio que se abordará em seguida, tal como referido anteriormente neste documento, foi realizado ainda no ano anterior. Desta forma, será realizada de forma sucinta a descrição das atividades realizadas bem como das CEEEESMP adquiridas, sendo que os restantes estágios que serão abordados seguidamente, serão analisados em maior detalhe por se enquadrarem na UC a que este relatório diz respeito.

Ao longo deste estágio, em contexto de internamento, foi possível realizar intervenções com os utentes internados, sendo que o indivíduo em fase aguda de doença foi o foco principal de cuidados. Os utentes internados apresentavam sintomatologia diversa, como alterações do pensamento, da perceção e do comportamento, insónias, alterações do humor, entre outros.

Durante este estágio, foi possível desenvolver algumas atividades e intervenções para colocar em prática os conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso, com vista ao crescimento pessoal e profissional e à aquisição de CEEEESMP. Para isso, foram realizadas entrevistas com os utentes numa sessão 0 com o objetivo de realizar uma breve história de vida com referência a momentos marcantes vividos, recolher dados importantes sobre antecedentes de doença do indivíduo e família, ouvir as principais preocupações dos utentes, bem como identificar, junto com os utentes as suas necessidades, tal como descrito na competência F2.2 – “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21428).

Após a identificação das necessidades e preocupações, foi possível aplicar instrumentos validados, com os quais, com base nos resultados obtidos, é possível estabelecer diagnósticos de enfermagem suscetíveis de intervenção, respondendo à unidade de competência F3.1 – “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”. (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21429).

Após a realização das entrevistas e o subsequente estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, conforme o processo de enfermagem, foi possível realizar intervenções psicoterapêuticas, como a relação de ajuda profissional, a entrevista motivacional e sessões

de relaxamento, bem como uma intervenção de mediação artístico-expressiva através da música.

Para tal, foram delineados objetivos para as sessões, de modo a planear a intervenção de forma estruturada e com um encadeamento lógico. Foram também definidos, para cada intervenção, instrumentos ou métodos de avaliação para verificar se os respetivos objetivos foram atingidos. Os instrumentos e escalas de avaliação, segundo Rodrigues e Lemos (2025, p.3)

“São pertinentes para assinalar a frequência, intensidade ou mudanças dos sintomas, mas não são utilizadas para fazer um diagnóstico clínico. A utilização regular delas, pode ser uma ferramenta útil na identificação das pessoas que precisam de acompanhamento, tratamento ou intervenção.”

Assim, foram utilizados instrumentos de avaliação, como o teste de Fagerström (Ferreira et al., 2009) que avalia os hábitos de consumo de tabaco, ou a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Sousa & Pereira, 2008) para avaliação da depressão e ansiedade, de forma a avaliar as intervenções realizadas e quantificar os resultados obtidos.

Por meio do planeamento, da realização e da posterior avaliação da consecução das atividades desenvolvidas, foram atingidas as seguintes competências específicas do EEESMP, presentes no Regulamento nº 515/2018 (2018, p. 21429 – 21430): F3.2. – “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”; F3.4. – “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizados em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”; F4.2. – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”.

3.3.2. No contexto de Comunidade

Este estágio em contexto comunitário, realizado numa UCC, foi fundamental para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, não só na prestação de cuidados especializados ao indivíduo e à família, como também ao grupo e à comunidade.

Em contexto comunitário, o trabalho desenvolvido é realizado em proximidade, isto é, permite à equipa, neste caso, ao enfermeiro, perceber as necessidades do utente, família, grupo e comunidade, agindo como facilitador da relação entre estes e os serviços de saúde, ou até entre estruturas de apoio na comunidade. Seguidamente serão descritas as seguintes atividades: Processo de cuidados individualizado (caso clínico); Intervenção na comunidade, em contexto escolar; Intervenção em grupo no programa de preparação para o parto; Intervenção em grupo – sobrecarga dos cuidadores.

Processo de cuidados individualizado (caso clínico)

Realizou-se um caso clínico, no qual se procedeu a uma avaliação global do utente, das suas necessidades pessoais e à aplicação de instrumentos validados para a avaliação e formulação de diagnósticos ou focos de atenção em enfermagem.

A utente selecionada era acompanhada pela equipa da UCC por apresentar “Sobrecarga ligeira do cuidador”, com um resultado de 56 pontos na avaliação da escala de Zarit realizada pela equipa (Ferreira et al., 2010). Desta forma, propus-me a realizar um caso clínico, aplicando o processo de enfermagem em todas as suas etapas. Neste sentido, foi elaborada a história de vida, realizada uma avaliação do estado mental, incluindo uma avaliação familiar com recurso a instrumentos adequados. No processo de recolha de dados foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Zarit para reavaliação da sobrecarga do cuidador e escala de Yesavage - versão curta, para avaliação dos sintomas depressivos (Santos et al., 2019; Ferreira et al., 2010).

Os resultados das escalas foram os seguintes: a escala de Zarit deu 41 pontos, o que se traduz em “Sem sobrecarga”; relativamente à escala de Yesavage, deu 6, que se traduz em “Depressão Ligeira”.

Foram assim identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem e os seguintes resultados esperados:

- Humor depressivo atual; Resultado esperado: Humor depressivo reduzido
- Autocuidado comprometido; Resultado esperado: Autocuidado, melhorado
- Sono comprometido; Resultado esperado: Sono adequado.

Por meio desta avaliação e identificação de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, foi possível responder às seguintes CEEESMP: F2.2 - “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.”; F3.1 - “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”; F3.2 - “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21428-21429).

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação e a consequente identificação dos diagnósticos de enfermagem vigentes, elaborou-se um plano de cuidados para evitar o agravamento ou melhorar o estado de saúde da pessoa, o qual foi apresentado e negociado com a utente, garantindo que esta concordava com as estratégias a implementar. Indo ao encontro da CEEESMP F3.4- “ Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21428-21429).

Após a elaboração do plano de cuidados, iniciou-se a implementação das intervenções nele descritas e a reavaliação posterior dos instrumentos necessários para avaliá-las.

Foram realizados 2 contactos após a avaliação inicial. No segundo contacto foram apresentadas medidas de higiene do sono, que visam a melhoria da qualidade do sono através de pequenas alterações aos nossos hábitos diários, nomeadamente para a utente em questão a troca do café pela cevada no período da tarde, a retoma gradual aos passeios que a utente referia fazer, bem como evitar a televisão e o telemóvel pelo menos 30 minutos antes de se deitar. No contacto final, quando questionada a utente, refere que adormece melhor, mas pode ser influenciado pela inserção do Rivotril pelo médico entre os 2 contactos realizados.

Segundo a utente, as técnicas respiratórias têm tido o efeito desejado, praticando durante o dia aquando da sua caminhada, embora ainda refira alguma dificuldade em realizar a técnica corretamente. Foi realizado novo treino com melhoria no desempenho da técnica em comparação com a sessão anterior.

Relativamente ao autocuidado, dado que a utente adquiriu auxílio de uma cuidadora, para a prestação de cuidados ao marido, bem como à cunhada, permitiu não só a melhoria

no resultado da sobrecarga do cuidador, mas também facilitou que a utente tivesse mais tempo para cuidar de si e retomar algumas atividades prazerosas, o que contribuiu positivamente para o melhoramento do “Autocuidado”, que se encontrava “Comprometido”.

Foi reavaliada a escala de Yesavage que não obteve alteração ao resultado inicial, desde a intervenção até ao final, mantendo-se num score de 6 “Depressão Ligeira”(Santos et al., 2019).

Por meio do referido previamente, foi possível responder à unidade de competência F4.2. “Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21430).

Intervenção na comunidade, em contexto escolar

A presente atividade desenvolvida está alinhada à temática escolhida para este relatório. Um dos agrupamentos de escolas do distrito em que a UCC se insere referiu ter salas de estimulação sensorial que não estavam a ser utilizadas por receio de que os profissionais não as utilizassem corretamente. Desta forma, propus-me a pesquisar em bases de dados científicas, conhecimento atualizado para a realização de uma formação para estes profissionais.

A mesma foi realizada em duas escolas, tanto a professores do ensino especial como a auxiliares de ação educativa que se encontravam a prestar cuidados diretos a estes alunos. Foram estabelecidos como objetivos elucidar o conceito de estimulação sensorial, capacitar e incentivar os presentes a utilizarem a sala de estimulação sensorial, estimulando os alunos a explorarem as possibilidades da sala à sua vontade, dando liberdade de escolha e autodeterminação, contribuindo para o bem-estar dos mesmos.

Dado ter sido identificado pela escola o aumento de queixas de stress e sintomatologia ansiosa nos estudantes e também no corpo docente, o que se iniciou por ser apenas uma formação sobre a utilização de uma sala de Estimulação Sensorial, deu início ao “Projeto Ser+”, que tem como objetivo: Proporcionar um espaço de relaxamento para docentes, não docentes e alunos; Através da utilização da sala em momentos que visam o relaxamento e a diminuição de estímulos desagradáveis, procurando a diminuição do stress

e da ansiedade nas escolas do agrupamento. Este projeto continuará sob a responsabilidade da enfermeira responsável pela saúde escolar.

Desta forma, foram criadas sessões de esclarecimento sobre o funcionamento da sala de Snoezellen e sobre os diferentes estímulos que as salas do agrupamento oferecem. Foram mostrados diferentes estímulos e encorajados os profissionais a experimentá-los na sala. Através destas sessões, foi possível familiarizar os profissionais com as salas, de modo a encorajá-los a utilizá-las com as respetivas turmas.

Intervenção em grupo no programa de preparação para o parto

Meltzer-Brody et al. (2018), no seu estudo sobre os principais distúrbios psiquiátricos pós-parto, dão ênfase à importância da saúde mental durante o período de gravidez e pós-parto. Os autores salientam que a ansiedade e a depressão durante a gravidez são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas após o nascimento do bebé. Além da presença de perturbações psiquiátricas ser uma das principais causas de mortalidade materna, devido ao suicídio, também apresenta consequências para o desenvolvimento da criança a longo prazo, dado que filhos de mães que sofreram de depressão pós-parto apresentam piores resultados psicológicos, neurológicos e também sociais, podendo impactar até à idade adulta (Meltzer-Brody et al., 2018).

Neste sentido, identificou-se a necessidade de integrar sessões de promoção da saúde mental, prevenção da doença e identificação precoce no Projeto de Melhoria Contínua do Programa de Preparação para o Parto, com intervenção do EEESMP. Assim, foram incluídas duas sessões, com enfoque na promoção da saúde mental e visando dotar os casais presentes de conhecimento sobre saúde mental, bem como de estratégias e recomendações presentes no decálogo de saúde mental positiva de Lluch Canut. A autora afirma que é essencial a aceitação de estados de mal-estar, explicando que, da mesma forma que é saudável sentir-se feliz em situações favoráveis, é saudável sentir-se triste em situações de instabilidade ou em momentos de incerteza (Sequeira, et al., 2014; Lluch, 2015; Teixeira, Lluch-Canut & Sequeira, 2020).

Nestas sessões foram abordados temas como os principais focos de atenção em saúde mental no período antes e depois do parto, nomeadamente a depressão pós-parto e a distinção entre este diagnóstico e a condição fisiológica de Baby-blues, comum no período pós-parto

e causado pelas alterações hormonais súbitas ocorridas após a expulsão da placenta e a vinculação afetiva entre os pais e o filho/a. Na segunda sessão, é realizada uma breve explicação acerca de estratégias de relaxamento e das vantagens destas técnicas e, posteriormente, a realização de uma sessão de relaxamento. (Diniz; Nascimento, 2023; Rosa e Silva; Silva de Sá, 2006).

Com a realização destas sessões foi possível dar resposta às unidades de competência F2.1. – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”; F3.3.– “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21428, 21430).

Intervenção em grupo – sobrecarga dos cuidadores

Foi também possível a articulação com outra colega da equipa para a elaboração de um módulo sobre a sobrecarga do cuidador informal, também ele lecionado pelo EEESMP, num curso de capacitação de cuidadores, iniciado pela colega durante o meu período de estágio.

Para esta intervenção de capacitação de cuidadores, avaliou-se inicialmente a sobrecarga dos cuidadores destes utentes por meio da Escala Zarit (Ferreira et al., 2010). Após a identificação deste diagnóstico, foi possível estruturar um grupo de cuidadores que necessitasse e se beneficiasse desta intervenção.

Desta forma, e em estreita articulação com a colega, foi concebido um momento de partilha entre cuidadores informais, no qual poderiam partilhar as suas dificuldades e preocupações, promovendo um espaço seguro para a expressão de sentimentos e a partilha de estratégias entre cuidadores que possam passar por situações semelhantes. Foram abordados temas como o conceito de Sobrecarga do cuidador informal e de que forma o mesmo é avaliado, os sinais e sintomas comuns de sobrecarga e impacto na saúde do cuidador e da pessoa cuidada, estratégias de apoio e autocuidado e o papel do EEESMP na assistência da pessoa com diagnóstico de Sobrecarga do Cuidador.

Por meio desta intervenção foi possível dar resposta também à unidade de competência F2.1. – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental

de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”; F3.1. – “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21428-21429)

3.3.3. No contexto de respostas diferenciadas

O presente estágio foi realizado numa unidade de psicogeriatrica. Foram realizadas entrevistas a várias utentes internadas na unidade onde foram recolhidas informações sobre o histórico de saúde da pessoa e da família, bem como realizada uma avaliação por meio de escalas e instrumentos validados para identificação de necessidades ou diagnósticos, tal como descrito na competência específica F2.2- “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” E F3.1-“Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p.21428-21429)

Após a avaliação geral das utentes e o estabelecimento de diagnósticos, foram concebidas intervenções em grupo, alinhadas às necessidades das utentes. Assim, deu-se início a uma intervenção de estimulação cognitiva e, posteriormente, a uma intervenção de estimulação sensorial com outro grupo de utentes, as quais se relatam seguidamente.

Estimulação cognitiva

O estado mental das utentes foi avaliado por meio dos instrumentos *Mini- Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975) e do Teste do Relógio (Santana et al., 2013) que foram aplicados na sessão 0 e no final da intervenção realizada com as utentes.

A intervenção de estimulação cognitiva foi realizada em grupo, recorrendo a várias técnicas: treino de funções específicas, técnica de orientação para a realidade e terapia por reminiscências.

O objetivo geral desta técnica é melhorar ou estabilizar a cognição, melhorar o desempenho nas atividades de vida diária, reduzir os sintomas de ansiedade e depressão e melhorar a qualidade de vida. O objetivo específico desta intervenção psicoterapêutica é retardar o declínio cognitivo e reduzir a ansiedade. O diagnóstico “Cognição comprometida” é o considerado na avaliação das utentes (Sousa et al., 2020).

Foi realizada uma entrevista individual com cada uma das utentes envolvidas, bem como uma avaliação da cognição destas. A avaliação da cognição foi realizada com recurso a dois instrumentos validados para a população portuguesa.

O primeiro a que me refiro é o MMSE , tratando-se de um teste com recurso a papel e lápis, em que são pedidas informações ou dadas tarefas verbalmente e escritas, que avalia áreas como orientação, atenção e cálculo, retenção, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Folstein et al., 1975).

A sua pontuação total é de 30 pontos, sendo que estratifica os resultados em 3 grandes grupos, de acordo com o grau de escolaridade:

- Literacia 0 a 2 anos – 22 pontos
- Literacia de 3 a 6 anos – 24 pontos
- Literacia +7 anos – 27 pontos

Relativamente ao Teste do Relógio, este avalia diversas funções cognitivas, como a memória semântica, a função executiva (planeamento), a linguagem (compreensão de comandos), a praxia e a função visuo-espacial, sendo pontuado de 0 a 5 (Carvalhinho & Espírito-Santo, 2023; Santana et al., 2013).

Seguidamente, são apresentadas a avaliação inicial e a final, realizadas, respetivamente, na sessão 0 e na última, sendo que os resultados do MMSE são apresentados nos gráficos de barras que se seguem e os do Teste do Relógio, por extenso.

Avaliação inicial: Realizada na sessão 0

Mini-Mental State Examination:

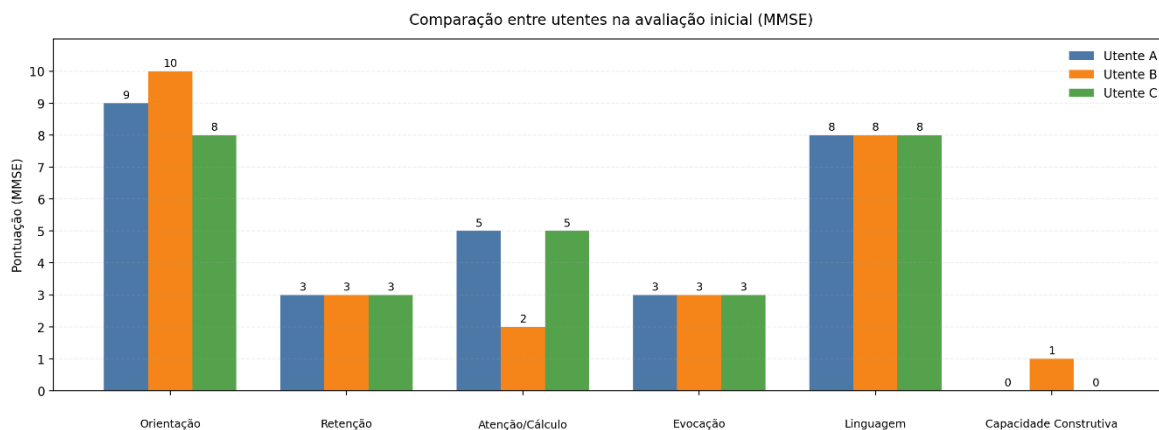


Gráfico 1- Resultados da aplicação do MMSE na sessão 0

Teste do relógio:

- Utente A: pontuação de 1 no teste do relógio, não fez ponteiros, dividiu o relógio nas 12 partes mas não colocou ponteiros, repetiu números e acrescentou números que não pertencem ao relógio
- Utente B: pontuação de 2 pontos, todos os números colocados na ordem correta, mas com desvio acentuado à direita. Ponteiros alinhados corretamente aos números.
- Utente C: Pontuação de 2, ponteiros desalinhados do centro, número 12 descentrado e o número 8 está colocado onde se deveria ler o 9 (em cima do terceiro quarto do relógio)

Avaliação Final: Realizada na última sessão

Mini-Mental State Examination:

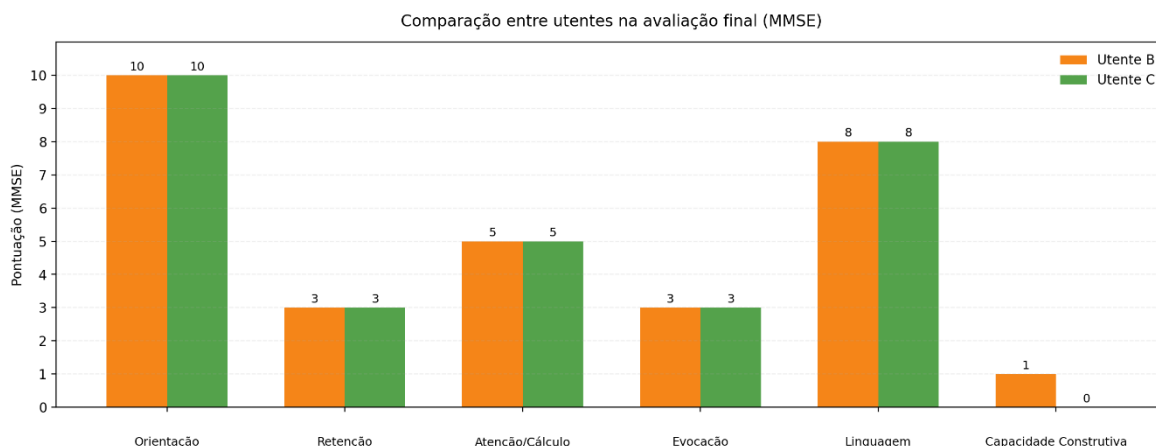


Gráfico 2- Resultados da aplicação do MMSE na sessão final

Teste do relógio:

- Utente B: pontuação de 4 pontos, todos os números nas posições corretas, ponteiro das horas corretamente posicionado, ponteiro dos minutos ligeiramente acima do número 2.
- Utente C: Pontuação de 2, ponteiros desalinhados do centro e com desvio dos locais corretos, números no geral desalinhados

Foi elaborado um plano de sessões de estimulação cognitiva com o objetivo de preservar as funções cognitivas das utentes. Perante os resultados das avaliações iniciais do MMSE e do Teste do Relógio foram identificados os diagnósticos de “Risco de Cognição Comprometida” visando os resultados de “Manter a Cognição”.

Foi utilizada, em todas as sessões, a técnica de orientação para a realidade (TOR), por meio de questões sobre o sítio onde nos encontrávamos, sobre o seu dia e também sobre elas próprias. Na primeira sessão, inteiramente dedicada à TOR, foi construído um calendário interativo com as utentes.

Cada mês apresentava uma imagem associada a um evento ou festividade que o caracteriza, estimulando a memória das utentes. Estes meses são fixos à estrutura do

calendário por meio de velcros, de modo a permitir a troca mensal do mês correspondente. Também apresentava um local para a identificação do dia da semana e, embaixo, vários quadrados de velcro onde seriam colados os dias do mês à medida que iam passando, alinhados com o respetivo dia da semana.

Nas restantes sessões, foram realizados vários exercícios de estimulação das diferentes vertentes da cognição, cada uma delas numa sessão específica, como o cálculo, a atenção, a linguagem, entre outros. Não foi seguido nenhum programa específico de estimulação cognitiva, mas foram utilizados exercícios de estimulação cognitiva do livro da autora Susana Duarte (Duarte, S., 2025).

Por meio dos gráficos acima, é possível analisar a evolução das utentes envolvidas nas sessões de estimulação cognitiva, bem como constatar a importância da intervenção do EEESMP junto desta população. Relativamente ao Teste do Relógio, ambas as utentes apresentaram melhoria na performance do relógio, contudo, apenas uma reúne os critérios para uma melhoria de um ponto na avaliação deste teste.

A realização desta intervenção, com o estabelecimento de diagnósticos, a intervenção psicoterapêutica e a avaliação por meio de instrumentos validados, permitiu a aquisição de competências específicas do EEESMP, tais como F2.1 - “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”; F3.1 – “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”; F3.2 – “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”; F3.3 – “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”; F4.2 – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio-terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.” (Regulamento nº 515/2018, 2018, 2018, p. 21428-21430).

Estimulação sensorial

A segunda atividade que me propus a realizar, alinhada à revisão narrativa apresentada previamente, foi a condução de sessões de estimulação sensorial, essenciais para a melhor compreensão do impacto desta intervenção psicoterapêutica na vida de pessoas

com limitações nas atividades de bem-estar e lazer. Trata-se de uma área de interesse meu há algum tempo, pelo que decidi investigar um pouco mais sobre a aplicação desta técnica a utentes do foro psiquiátrico.

A unidade de psicogeriatría onde realizei o estágio realiza sessões semanais de estimulação sensorial em sala de Snoezelen para utentes internados. Tive a oportunidade de observar sessões de estimulação sensorial com utentes da unidade, conduzidas por uma terapeuta ocupacional da instituição. Foi muito benéfico para a minha aprendizagem sobre esta técnica, dado que a colega foi bastante prestável e esclareceu as dúvidas e questões que lhe colocava no final de cada sessão.

Assim, construí uma atividade para 3 utentes da unidade que não frequentavam a estimulação sensorial já instituída, de modo a diminuir os períodos de agitação e proporcionar um momento de relaxamento e bem-estar, bem como apelar às memórias através da estimulação dos sentidos, visando à resposta ao diagnóstico de enfermagem “Agitação”.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Saúde Mental de Ligação, a estimulação sensorial é uma intervenção da competência do EEESMP, identificada para os diagnósticos de “Cognição comprometida” e “Memória comprometida” (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A seleção das utentes foi realizada em articulação com as enfermeiras tutoras, que me auxiliaram na avaliação. Dado tratar-se de utentes altamente dependentes e sem capacidade de comunicação verbal, não foi possível realizar entrevistas individuais ou aplicar quaisquer instrumentos de avaliação da cognição, da ansiedade, da depressão ou do bem-estar. No entanto, através da observação do comportamento das utentes ao longo do estágio, foram selecionadas 3 que beneficiariam de participar na atividade por apresentarem períodos de agitação. Aspetos como a agitação psicomotora e os momentos de agitação noturna foram os mais relevantes na seleção das mesmas.

Foram realizadas 4 sessões com alusão às estações do ano, através da estimulação dos 5 sentidos:

- Olfato: através de cheiros característicos de cada estação do ano, por exemplo a utilização da canela para lembrar o Natal, e de frutas e flores para lembrar a primavera;
- O tato: através de folhas de várias texturas na primavera e outono, da areia da praia e conchas para o verão, de gelo esmagado para o inverno;
- A visão: através da projeção de imagens como flores na primavera, o mar e praias no verão, chuva e folhas a cair das árvores no outono, e neve no inverno;
- A audição, por meio de paus de chuva, nas sessões de outono e de primavera, e também música relaxante durante todas as sessões, entre outras técnicas utilizadas.

Foram realizadas 4 sessões de 30 minutos cada, cada uma correspondente a uma estação do ano, sendo que o tempo de sessão está alinhado ao encontrado na revisão narrativa, em que as sessões apresentavam uma duração de 30 a 60 minutos.

Foram providenciados estímulos relativos a cada um dos 5 sentidos, de modo que as utentes pudessem escolher os que fossem do seu agrado e que despertassem interesse nas utentes, proporcionando sensações de prazer ou momentos de bem-estar. Helbling et al. na sua revisão sistemática explica que a estimulação dos sentidos proporciona momentos de bem-estar e reduz os sintomas de agitação em utentes com alterações cognitivas (Helbling et al., 2023)

A sala estava previamente preparada para que as utentes, quando encaminhadas para a sala, já entrassem num ambiente mais recolhido e calmo, de modo a criar, logo à entrada, uma sensação de saída do seu meio habitual.

A avaliação das utentes foi realizada através da entrega das mesmas à atividade e do interesse demonstrado por cada uma, com os estímulos oferecidos. Todas procuraram estímulos agradáveis de que tinham gostado e, muitas vezes, mantiveram esses estímulos até ao final da sessão. Foram também avaliadas a tensão arterial (TA) e a FC das utentes no início e no final de cada sessão, as quais serão apresentadas em seguida.

Como se pode constatar pelos dados da tabela abaixo, não foram notadas alterações significativas dos valores pré- e pós- sessão nos valores de TA e FC das utentes; no entanto,

e tal como descrito por Cheng et al. (2017), e também nos estudos analisados da revisão sistemática de Helbling et al. (2023), a utilização da estimulação sensorial possibilita uma diminuição da FC associada a um estado de relaxamento e o mesmo pode ser observado pelas avaliações realizadas às utentes (Hope, 1998; Masseda et al., 2014; Masseda et al., 2018).

Contudo, uma das utentes, na segunda sessão, apresentou uma melhoria considerável de FC, que, atendendo ao dia em questão, se encontra condicionada. Nesse dia, a utente tinha dormido mal durante a noite, segundo a informação fornecida, pelo que se encontrava mais agitada pela manhã. No início da sessão, ainda se encontrava inquieta no cadeirão, o que impediu a avaliação de TA.

Avaliada FC com recurso ao oxímetro, que, dada a agitação, se encontrava mais elevada. No decorrer da sessão, a utente acalmou, o que justifica a descida da FC para valores normais e a possibilidade de se obter um valor de TA no final da sessão. Talvez apenas ter um monitor de TA disponível e ter de avaliar as utentes, uma de cada vez, com tempo de espera para serem avaliadas, justifique o porquê de não se observarem melhorias mais visíveis nos valores de TA, sendo esta a limitação que aponto para os resultados obtidos.

	A- Pré	A- Pós	B- Pré	B- Pós	C- Pré	C- Pós
Sessão 1	130/70-80	127/68-73	142/73-78	140/72-72	122/72-80	133/74-80
Sessão 2	133/64-78	132/60-75	FC-110	140/73-79	125/76-79	123/73-74
Sessão 3	140/78-86	138/78-80	138/69-82	136/66-75	118/69-74	110/67-70
Sessão 4	136/82-82	132/78-75	140/72-85	139/70-82	133/78-78	124/72-71

Tabela 3- Resultados de TA e FC pré e pós-sessão de estimulação sensorial

No que diz respeito à agitação, observei uma melhoria significativa no comportamento agitado das utentes durante as sessões de estimulação sensorial, momento em que se mostravam interessadas nos estímulos proporcionados e minimizavam os comportamentos agitados. No que diz respeito à observação por parte dos enfermeiros e auxiliares do serviço, notou-se uma ligeira melhoria, principalmente no período que sucede às sessões.

Quanto à expressão facial das utentes, era visível a satisfação delas perante as atividades e os estímulos proporcionados, sendo que, relativamente à promoção de atividades de prazer, foram visíveis os benefícios trazidos por esta técnica.

Como podemos verificar, a estimulação sensorial proporcionou momentos de relaxamento e bem-estar às utentes que participaram da atividade. Tal como referido, no que diz respeito à melhoria da FC, verificou-se em todas as utentes, mantendo-se normotensas no decorrer das sessões. Quanto à agitação, obteve-se o resultado “Agitação Reduzida”. Os resultados obtidos com a implementação da intervenção encontram-se alinhados com a

literatura analisada para a revisão narrativa, nomeadamente com o estudo de Khatib et al. (2025), que também evidencia melhoria da TA e da FC.

Ao longo do estágio na unidade de psicogeriatría onde implementei a atividade, foi-me possível analisar e refletir sobre o facto de que os utentes com déficits cognitivos graves são bastante frequentes, o que, em última instância, altera a perceção que o indivíduo tem do mundo ao seu redor e das suas capacidades. Será assim pertinente o aumento da investigação nesta área, de modo a comprovar a sua eficácia e estimular os profissionais a olharem para esta técnica como uma promoção do bem-estar e como capaz de prevenir impulsividade, ansiedade e depressão.

A realização desta intervenção, com o estabelecimento de diagnósticos, a intervenção psicoterapêutica e a avaliação por meio de instrumentos validados, permitiu a aquisição de competências específicas do EEESMP, tais como F2.1 - “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”; F3.1 - “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”; F3.2 - “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”; F3.3 - “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”; (Regulamento n.º 515/2018, 2018, 2018, p. 21428-21430).

3.4. A aquisição de Competências de Mestre

Através da realização deste mestrado foi possível dar resposta às competências de Mestre expostas em Diário da República no Decreto de Lei 74/2006 (2006).

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais em contexto de investigação;
- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz 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;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Todas estas competências foram cumpridas por meio da realização dos estágios e da primeira parte deste documento, relativa à revisão narrativa da literatura.

Salienta-se ainda que, segundo o artigo 7 do Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho que regula os mestrados em enfermagem que o mestre em enfermagem deve desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; deve promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos; deve também, por fim, capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos; e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Regulamento n.º 705/2021, 2021).

Acrescento ainda que, no decorrer do mestrado tive oportunidade de participar em duas ações de curta duração. A primeira, sobre Gamificação em Saúde e como aplicar os princípios e mecânicas de jogos e aplicações de maneira a promover hábitos e escolhas de vida saudáveis. A segunda sobre intervenções psicoterapêuticas no âmbito do pensamento, na qual foram lembrados conceitos sobre treino Meta-Cognitivo na pessoa com psicose, e foi também possível colocar em prática o que foi abordado.

Além destas ações de curta duração, incluídas no âmbito curricular, também foi possível a minha participação num Fórum de Comportamento aditivos e Dependências.

3.5. A contribuição da Prática Clínica para a Construção Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

A prática clínica revela-se fundamental para a consolidação da componente teórica adquirida durante o mestrado. É no contexto de prática de cuidados que podemos aprender e desenvolver competências específicas do EEESMP.

Após uma análise crítico-reflexiva do percurso que realizei nos diferentes contextos clínicos, considero que estes foram essenciais não só para a aquisição de competências profissionais do EEESMP, mas também para o aprimoramento de competências pessoais já em desenvolvimento antes do ingresso no mestrado. A colocação em prática das estratégias e dos conhecimentos adquiridos em contexto académico permite a consolidação destes mesmos conhecimentos, garantindo uma prática de cuidados segura e de qualidade para os utentes.

Além da aquisição de competências comuns e específicas do EEESMP e da contribuição para competências pessoais que necessitavam de aprimoramento, os estágios que cessaram contribuíram para realçar a importância da PBE. Segundo a OE, no seu manual “Combater a Desigualdade: da evidência à ação” (2012), a PBE assenta em três pilares fundamentais: a melhor evidência disponível no momento; as necessidades e as preferências do utente; e a experiência do profissional, as suas competências e o juízo clínico que faz atendendo ao caso em questão. De modo a complementar o presente relatório e em alinhamento com os pressupostos da PBE, o capítulo seguinte aborda a pesquisa bibliográfica realizada na área da estimulação sensorial e pretende mapear o conhecimento já existente sobre a evidência de que esta técnica constitui uma mais-valia na promoção do bem-estar de utentes internados em unidades psiquiátricas.

Assim, em todos os estágios, aliei o conhecimento disponível sobre os temas que abordei, realizando pesquisas sobre os mesmos, de forma a transmitir as indicações e informações mais atuais o melhor possível. As escolhas e vontades dos utentes foram, tal como já referido, sempre uma das minhas preocupações, garantindo que as atividades por mim desenvolvidas iam ao encontro das suas vontades e preferências. No que diz respeito às minhas competências enquanto futuro EEESMP, tentei responder a todas as competências do Enfermeiro Especialista, abrangendo a maioria das unidades de competência.

Em suma, a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos estágios revelou-se fulcral para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois permitiu o meu crescimento enquanto futuro EEESMP.

CONCLUSÃO

Atendendo à área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, importa realçar o papel que o EEESMP desempenha junto dos utentes. O Regulamento 515/2018 define que o papel do EEESMP “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 515/2018, 2018). Desta forma, e ao longo dos estágios, enriqueci o meu conhecimento e a minha experiência com auxílio de profissionais já especializados e que muito contribuíram para o meu crescimento profissional no decorrer deste último ano.

Assim, tenho consciência de que o meu desempenho nos diversos contextos de estágio, bem como todas as estratégias utilizadas, foram fundamentais tanto para o meu desenvolvimento pessoal quanto para o profissional, contribuindo, desta forma, para a aquisição das CCEE e das CEEESMP. Além disso, facilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos na prática clínica, alicerçando-a nos referenciais teóricos de Peplau e de Watson.

Ao longo dos estágios e, sobretudo, através da intervenção de estimulação sensorial, foi possível demonstrar que esta pode ser uma das estratégias de relaxamento e de promoção do bem-estar em utentes com alterações cognitivas e períodos de agitação. Isto foi possível verificar pelos resultados positivos obtidos com a intervenção de estimulação sensorial, evidenciados no capítulo da revisão narrativa da literatura.

Ao concluir esta etapa, estou consciente de que os estágios, a realização de todo o curso e a elaboração deste relatório permitiram-me atingir os objetivos académicos e profissionais a que me propus inicialmente, além de terem proporcionado uma oportunidade singular para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V. C., Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. (2004). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C. M., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P. W., Wareing, L. A., & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 465–477. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02744.x>
- Bessa, M. R. R. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal: Estudo de caso: a atuação do CNECV [Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da U.Porto. <https://hdl.handle.net/10216/71440>
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 111–121. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Burns, A., Allen, H., Tomenson, B., Duignan, D., & Byrne, J. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: *A randomized controlled trial*. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 711–721. <https://doi.org/10.1017/S1041610209008886>
- Carvalhinho, A. B. M., & Espírito-Santo, H. (2023). Validação do Clock Drawing Test numa amostra de pessoas com ≥ 60 anos. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4. <https://doi.org/10.61415/riage.123>
- Centro Hospitalar de São João. (s. d.). Higiene do sono. https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/802/Higiene_do_Sono.pdf
- Chan, J. S. L., & Chien, W. T. (2017). A randomised controlled trial on evaluation of the clinical efficacy of massage therapy in a multisensory environment for residents with severe and profound intellectual disabilities: A pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(6), 532–548. <https://doi.org/10.1111/jir.12377>
- Cheng, S. C., Hsu, W.-S., Shen, S.-H., Hsu, M.-C., & Lin, M.-F. (2017). *Dose–response relationships of multisensory intervention on hospitalized patients with chronic*

schizophrenia. Journal of Nursing Research, 25(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000154>

Comin, A. L. B., Wachholz, A. C. P., Brião, L. L., Neto, W. C., Colpo, A. Z. C., & Rodrigues, D. R. (2017). Projeto crescer: A importância da estimulação proprioceptiva e cognitiva em crianças as fase de desenvolvimento. *Anais da Mostra de Iniciação Científica- CONGREGA - URCAMP*, (0), 605–606.
<http://ediurcamp.urcamp.edu.br/index.php/congregaanaismic/article/view/991>

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I de 2006-03-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>

Diniz, L. C., & Nascimento, A. C. do. (2023). Depressão pós-parto, baby blues: Uma questão de saúde pública. *Humanidades & Inovação*, 10(14), 181–189.
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/8868>

do Nascimento Silva, S. P., Fernandes Fonseca, S. C., de Almeida Pereira, A. M., Carneiro Afonso Varajidás, C. S., & Rocha Teles De Castro Coelho, E. M. (2025). Benefícios de um jardim terapêutico na saúde e bem-estar de pacientes com doença mental: Um estudo de caso. *Motricidade*, 21(Motricidade, Vol. 21 (2025): Motricidade: 20 years publishing human movement), e40173.
<https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.40173>

Duarte, S. (2025). *Protocolo individual de estimulação cognitiva* (2.^a ed. revista). Psicosoma. ISBN 978-972-8994-80-8

Escola Superior de Saúde (ESS– IPVC). (2025). Guia Orientador de Estágio

Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong-Muth, J., Brous, E., Moran, J., & Giorgi-Cipriano, J. (2015). Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: The long and winding road of culture change. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.004>

- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 4), e20045. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 13-19 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2010.2806>
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37–56. <https://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200908.pdf>
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., & Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry*, 29(7), 449–455. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.007>
- Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. (1975). “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189–198. DOI: [10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Froggatt, K., Best, A., Bunn, F., Burnside, G., Coast, J., Dunleavy, L., Goodman, C., Hardwick, B., Jackson, C., Kinley, J., Davidson Lund, A., Lynch, J., Mitchell, P., Myring, G., Patel, S., Algorta, G. P., Preston, N., Scott, D., Silvera, K., & Walshe, C. (2020). A group intervention to improve quality of life for people with advanced dementia living in care homes: The Namaste feasibility cluster RCT. *Health Technology Assessment*, 24(6), 1–140. <https://doi.org/10.3310/hta24060>
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203–214. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5499/2/82185.pdf>
- Goto, S., Kamal, N., Puzio, H., Kobylarz, F., & Herrup, K. (2014). Differential responses of individuals with late-stage dementia to two novel environments: A multimedia room

- and an interior garden. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(3), 985–998. <https://doi.org/10.3233/JAD-131379>
- Guerra, S., Sousa, L., Silva, S., Martins, M. R., & Tavares, J. (2023). Lifelong learning in nursing: Modern challenges. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.12707/rvi22055>
- Haig, S., & Hallett, N. (2023). Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 54–75. <https://doi.org/10.1111/inm.13065>
- Harris, M., Richards, K. C., & Grando, V. T. (2012). The effects of slow-stroke back massage on minutes of nighttime sleep in persons with dementia and sleep disturbances in the nursing home: A pilot study. *Journal of Holistic Nursing*, 30(4), 255–263. <https://doi.org/10.1177/0898010112455948>
- Helbling, M., Grandjean, M., & Srinivasan, M. (2024). Effects of multisensory environment/stimulation therapy on adults with cognitive impairment and/or special needs: A systematic review and meta-analysis. *Special Care in Dentistry*, 44(2), 381–420. <https://doi.org/10.1111/scd.12906>
- Hope. (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(5), 377–385. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00143.x>
- Hong, G.-R. S. (2011). Effects of multisensory stimulation using familiarity: Persons with dementia in long-term care facility in korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), 528–538. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.4.528>
- Hutson, C., Orrell, M., Dugmore, O., & Spector, A. (2014). Sonas: A pilot study investigating the effectiveness of an intervention for people with moderate to severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 29(8), 696–703. <https://doi.org/10.1177/1533317514534756>
- Kaasalainen, S., Hunter, P. V., Dal Bello-Haas, V., Dolovich, L., Froggatt, K., Hadjistavropoulos, T., Markle-Reid, M., Ploeg, J., Simard, J., Thabane, L., Van Der

- Steen, J. T., & Volicer, L. (2020). Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00575-4>
- Khatib, S., Palgi, Y., Ashar, Y. K., Polyvyannaya, N., & Goldstein, P. (2025). The combined effect of multisensory stimulation and therapist support on physical and mental health of older adults living in nursing homes: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e55042. <https://doi.org/10.2196/55042>
- Kjær, M. L., Obarzanek, C. E., Præstegaard, J., & Bjørkedal, S. T. B. (2024). ‘It provided me with a sense of safety that I hadn’t felt in weeks.’ A qualitative case study of service users’ experiences with sensory rooms in psychiatric inpatient units. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(8), 675–684. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2412033>
- Lluch-Canut, M. T. (2015). *Promoción de la salud mental positiva*. *Rev Enferm Salud Ment*, 1, 23–26. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2015.1.23>
- Maggi, B. (2006, July 1). Bem-estar. *Laboreal*, 2(1). <http://journals.openedition.org/laboreal/13864>
- Martins, M. A. N. (2015). *Utilidade instantânea e recordada da abordagem Snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores* [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/29187>
- Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abraldes, I., Buján, A., De Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory stimulation and individualized music sessions on older adults with severe dementia: Effects on mood, behavior, and biomedical parameters. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 63(4), 1415–1425. <https://doi.org/10.3233/JAD-180109>
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis: A controlled longitudinal

- trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 29(5), 463–473. <https://doi.org/10.1177/1533317514522540>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, Article 18022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Meyer, C., & O'Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia (London, England)*, 19(6), 1927–1954. <https://doi.org/10.1177/1471301218813234>
- Morais, T. C. A. de, & Monteiro, P. S. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Revista Bioética*, 25(2), 319–328. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
- Nascimento, M. F. C. C. (2024). *Emoção versus ação: A regulação emocional na idade adulta é preditora do bem-estar subjetivo e da saúde mental* [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/33648>
- Onega, L. L., Pierce, T. W., & Epperly, L. (2018). Bright light therapy to treat depression in individuals with mild/moderate or severe dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(5), 370–373. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1437648>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2023). Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação. Papa-Letras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem (1.^a ed. digital). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaopsicoterapeutica_ok.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização Mundial da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Ozdemir, L., & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected alzheimer's patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 283(1–2), 211–213. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2009.02.367>
- Parreira, M. M. C. (2018). Snoezelen experience: Intervenções do enfermeiro especialista promotoras do conforto materno-fetal [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/27961>
- Pereira, S. M. N. (2022). *Perceção de pais e profissionais de educação sobre estimulação multissensorial e Snoezelen* [Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7213>
- Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M., & Alencar, A. B. (2019). Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 64–69. https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-10-03-0064/2357-707X-enfoco-10-03-0064.pdf
- Prins, A. J., Scherder, E. J. A., van Straten, A., Zwaagstra, Y., & Milders, M. V. (2020). Sensory stimulation for nursing-home residents: Systematic review and meta-analysis of its effects on sleep quality and rest-activity rhythm in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(3), 219–234. <https://doi.org/10.1159/000509433>
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <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.* (2018). Diário da República, 2.^a série, N.º 151, 7 de agosto de 2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Regulamento n.º 705/2021: Regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem.* (2021) Diário da República, n.º 144/2021, Série II.de 27 de julho de 2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
- Riemersma-van der Lek, R. F., Swaab, D. F., Twisk, J., Hol, E. M., Hoogendijk, W. J., & Van Someren, E. J. (2008). Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: A randomized controlled trial. *JAMA*, 299(22), 2642–2655. <https://doi.org/10.1001/jama.299.22.2642>
- Rosa E Silva, A. C. J. S., & Sá, M. F. S. D. (2006). Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 60–67. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200005>
- Rodrigues, C. A., & Varanda, E. M. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554>
- Rodrigues, E. F., & Lemos, M. F. (2025). Instrumentos disponíveis que avaliam a saúde mental de trabalhadores em home office. *Revista Caderno Pedagógico*, 22(4), 1–20. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n4-234>
- Santana, I., Duro, D., Freitas, S., Alves, L., & Simões, M. R. (2013). The Clock Drawing Test: Portuguese norms, by age and education, for three different scoring systems. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(4), 375–387. <https://doi.org/10.1093/arclin/act016>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405–415. <https://doi.org/10.14417/ap.1505>

- Santos, B. C. dos, & Magri, M. D. F. (2024). ÉTICA E ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS. *Revista Ilustração*, 5(4), 211–221. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). *Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior*. <http://hdl.handle.net/10400.14/19775>
- Solé, C., Celdrán, M., & Cifre, I. (2023). *Psychological and behavioral effects of Snoezelen rooms on dementia*. *Activities, Adaptation & Aging*, 47(4), 550–565. <https://doi.org/10.1080/01924788.2022.2151805>
- Sousa, L.; Araújo, O. e Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. In Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (coords.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp.190-192). Lidel. ISBN: 978-989-752-413-4
- Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações de doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 164–165. <https://hdl.handle.net/1822/9351>
- Staal, J. A., Amanda, S., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007). The effects of snoezelen (Multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 357–370. <https://doi.org/10.2190/PM.37.4.a>
- Stacpoole, M., Hockley, J., Thompsell, A., Simard, J., & Volicer, L. (2015). The Namaste Care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 702–709. <https://doi.org/10.1002/gps.4211>
- Strøm, B. S., Engedal, K., Benth, J. S., & Grov, E.-K. (2017). Effect of the sonas programme on communication in people with dementia: A randomized controlled trial. *Dementia*

- and *Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(1), 122–135.
<https://doi.org/10.1159/000468147>
- Strøm, B. S., Šaltytė Benth, J., & Engedal, K. (2018). Impact of the sonas programme on communication over a period of 24 weeks in people with moderate-to-severe dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 8(2), 238–247.
<https://doi.org/10.1159/000489041>
- Sukhera, J. (2022). *Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical*. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9380636/pdf/i1949-8357-14-4-414.pdf>
- Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikuchi, K., Mizuta, A., Makino, K., et al. (2010). Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(8), 680–686. <https://doi.org/10.1177/1533317510386215>
- Teixeira, S., Lluch-Canut, T., & Sequeira, C. (2020). Programa de saúde mental positiva. In *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 240–242). ISBN 978-989-752-413-4.
- Venâncio, J. S. (2016). *Estimulação multissensorial: Terapia de Snoezelen para idosos com demência*. <http://hdl.handle.net/10400.11/5449>
- World Health Organization. (2025, October 7). Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2024). *Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5)*. <https://www.who.int/pt/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>
- Wright, L., Meredith, P., & Bennett, S. (2022). *Sensory approaches in psychiatric units: Patterns and influences of use in one Australian health region*. *Australian Occupational Therapy Journal*, 69(5), 559–573.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12813>

APÊNDICES

NOTA:

Os apêndices foram removidos por questões de confidencialidade de dados e para respeitar o sigilo profissional e as informações confidenciais.