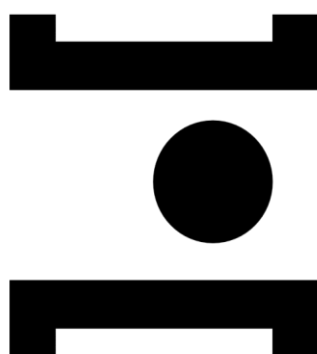


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**A PESSOA COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA: INTERVENÇÃO
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Neuza Catarina Branha do Peso

Orientação:

Professora Doutora Maria Teresa Vieira Coelho

Dezembro, 2025

Sê útil,

Deixa rasto.

São Josémaria Escrivá de Balanguer

Agradecimentos

Agradeço a todos os que de alguma forma tornaram possível a realização deste relatório.

Agradeço aos professores que me acompanharam, pelo saber partilhado e pela sua dedicação que tanto me inspirou. Um agradecimento especial à Sr.^a Professora Teresa Coelho e à Sr.^a Professora Clara André, pelo exemplo, orientação, paciência e forma humana com que me guiaram neste processo.

Aos Enfermeiros Orientadores que estiveram ao meu lado nos contextos de estágio, obrigada pela oportunidade, pela partilha de experiências e pela confiança depositada.

Aos meus pais, a minha gratidão imensa, pelo amor incondicional, pela força discreta e por nunca duvidarem de mim. Tudo o que sou tem em vós origem. Amo-vos!

À minha irmã, o meu agradecimento sentido. Obrigada por acreditares em mim sempre que hesitei, por estares sempre por perto, por me ajudares a rir nos dias difíceis e por seres sempre uma inspiração. És o meu orgulho e a minha certeza. Amo-te muito rainha!

Aos meus amigos, que me ouviram, compreenderam e acompanharam com carinho e afeto. Obrigada pela amizade que se manteve mesmo quando o tempo foi escasso.

Aos meus colegas de mestrado, obrigada pela entreaajuda, pelas longas conversas de desespero, pelas partilhas sinceras e por ajudarem a tornar o caminho menos solitário.

Aos meus colegas de trabalho, obrigada pela compreensão, por me aturarem em privação de sono e por tantas vezes me darem coragem para continuar.

A todas as pessoas em sofrimento mental com quem tive o privilégio de contactar. Obrigada por me ajudarem no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Cada encontro foi uma lição de humanidade, de autenticidade e de esperança.

ACRÓNIMOS/SIGLAS

APM – Agitação Psicomotora

BVC – *Brøset Violence Checklist*

CNPSM – Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GOBPIPE – Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

ICN – International Council of Nurses

JBI – Joanna Briggs Institute

LSM – Lei da Saúde Mental

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

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

PLST – *Progressively Lowered Stress Threshold*

QQ-EEES – Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior

SR – *Scoping Review*

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

Resumo

Este relatório descreve e analisa o percurso da componente clínica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizada em contexto hospitalar e comunitário.

Apresenta um enquadramento teórico-conceptual que sustenta a prática especializada com enfoque na saúde mental, na abordagem à pessoa com agitação psicomotora e na Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*.

Inclui ainda uma *scoping review* sobre a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à pessoa com agitação psicomotora, onde se evidencia a escassez de estudos específicos nesta área e a necessidade de maior produção científica.

São caracterizados os contextos de estágio e descritas as atividades desenvolvidas, e é realizada, posteriormente, uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências de Mestre, das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciando a integração entre teoria, prática e ética profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Desenvolvimento de Competências; Agitação Psicomotora; Pessoa com Doença Mental; Relação Enfermeiro-Doente

The Person Experiencing Psychomotor Agitation: The Specialist Nurse's Intervention

Abstract

This report describes and analyses the clinical training pathway undertaken within the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, carried out in both hospital and community settings. It presents a theoretical and conceptual framework that supports specialised nursing practice, with a focus on mental health, the approach to individuals experiencing psychomotor agitation, and Hildegard Peplau's Interpersonal Relations Theory.

The report also includes a scoping review on the intervention of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist in the care of individuals with psychomotor agitation, highlighting the limited number of specific studies available and the consequent need for further scientific research in this area.

The clinical practice settings carried out are characterised and the activities developed during this internship described.

Finally, a critical reflection is presented on the development of master's level competencies, common competencies of the Nurse Specialist, and specific competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing, demonstrating the integration of theory, practice and professional ethics.

Key-words: *Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist; Competency Development; Nursing Interventions; Psychomotor Agitation; Nurse-Patient Relationship*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	11
1.1. SAÚDE MENTAL E RESPOSTA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM	11
1.2. AGITAÇÃO PSICOMOTORA: CONCEITO, CAUSAS E INTERVENÇÕES .	13
1.3. MODELO TEÓRICO DE SUPORTE.....	17
2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA: <i>SCOPING REVIEW</i>	19
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	29
3.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS	29
3.2. CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE	30
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS	32
4.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS	32
4.2. CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE	41
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA 47	
5.1. DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONHECIMENTO E DA CONSCIÊNCIA PESSOAL E PROFISSIONAL.....	48
5.2. ASSISTÊNCIA À PESSOA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADES NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	49
5.3. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL	50
5.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SOCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS.....	52
6. CONCLUSÃO	54
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR para identificação dos estudos.....	21
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Extração de dados	22
Quadro 2 – Análise da extração de dados	23

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1	63
APÊNDICE 2	66
APÊNDICE 3	68
APÊNDICE 4	71
APÊNDICE 5	74
APÊNDICE 6	80
APÊNDICE 7	91
APÊNDICE 8	103

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no culminar da Unidade Curricular (UC): "Estágio com Relatório em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade", do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), conducente à atribuição do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e que possibilita a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Pretende-se evidenciar a integração das Competências de Mestre, sustentadas pelas dimensões dos descritores de Dublin enunciadas pelo Quadro de Qualificação do Espaço Europeu do Ensino Superior (QQ-EEES), bem como, as dos perfis definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as específicas do EEESMP. Estas últimas enunciadas em quatro grandes dimensões fundamentais: o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência individual enquanto profissional, a assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, a intervenção especializada na recuperação da saúde mental e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018b).

Este relatório tem como objetivos descrever de forma fundamentada as atividades desenvolvidas em contexto hospitalar e comunitário junto de pessoas, famílias, grupos ou comunidades no âmbito da saúde mental e refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMP.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica fundamenta-se na compreensão da experiência humana e das respostas ao sofrimento psíquico, assumindo a relação terapêutica como elemento central da prática especializada.

A Teoria das Relações Interpessoais sustenta esta abordagem ao conhecer o cuidado como um processo interpessoal, intencional, orientado para a redução da ansiedade, a clarificação das experiências vividas e a promoção da autonomia da pessoa (Peplau, 1991).

Este enquadramento revela-se particularmente pertinente em contextos de maior vulnerabilidade emocional exigindo do EEESMP uma intervenção consciente e eticamente fundamentada.

Durante a realização do estágio, a pessoa com agitação psicomotora (APM), foi uma problemática frequente nos contextos, o que levou ao aprofundamento deste foco

de Enfermagem, das intervenções que lhe estão associadas e das implicações éticas e legais na prática.

A APM está referida no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica emitido pela OE com base no termo *agitação* (OE, 2018a). Este termo é definido pelo *International Council of Nurses* (ICN) como um estado de “hiperatividade: condição de excitação psicomotora sem objetivo; atividade incessante; andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou stress mental” (2016, p.38). Isto conduz a um aumento da atividade motora e verbal na pessoa, frequentemente acompanhado de inquietação, impulsividade, e muitas vezes agressividade, que pode resultar em risco para o próprio ou para terceiros (Baldaçara et al., 2021; Manzano-Bort et al., 2022). Pode representar até 52% dos episódios emergentes em psiquiatria, segundo Baldaçara et al., 2021, citando Grudnikoff, 2015 e Pascual, 2006.

A pessoa com APM exige do EEESMP uma resposta que engloba uma combinação de estratégias preventivas, relacionais, ambientais, farmacológicas e não farmacológicas que devem ser sempre orientadas, tal como descrito na Deontologia Profissional de Enfermagem, pelos princípios da responsabilidade, do respeito e da excelência do exercício profissional (OE, 2015b).

Foi então realizada uma revisão do conhecimento científico disponível sobre a intervenção do EEESMP à pessoa com a APM, concretizada através de uma *scoping review* (SR).

Seguindo as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI), este processo contribui para sustentar teoricamente a abordagem às pessoas com APM, consolidando uma prática especializada e fundamentada na evidência (Peters et al., 2020).

O relatório encontra-se organizado em capítulos, nomeadamente, o enquadramento teórico-conceptual, após esta introdução. O segundo capítulo, onde é apresentada a evidência científica mais recente sobre a intervenção do EEESMP no cuidado à pessoa com APM através de uma SR e o terceiro capítulo, onde, são caracterizados os contextos da prática onde decorreu o estágio. No capítulo seguinte são apresentadas as atividades desenvolvidas nestes contextos e no quinto capítulo, é feita uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de aprendizagem, os desafios enfrentados e as implicações para a prática futura, terminando com a conclusão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O exercício da ESMP baseia-se num corpo de conhecimento científico, técnico e ético que orienta o EE desta área, na sua prática clínica e reflexiva. Este corpo de conhecimento resulta da integração entre a experiência vivida nos contextos de cuidados, bem como a evidência científica e os referenciais teóricos da Enfermagem, permitindo assim uma intervenção centrada na pessoa e no seu contexto de vida.

Neste sentido a prática em ESMP implica a articulação contínua entre os domínios do saber, do saber fazer e do saber ser, pilares fundamentais da Enfermagem enquanto ciência humana e disciplina relacional (Watson, 2008). O saber traduz-se no conhecimento científico e conceptual que fundamentam as intervenções; o saber fazer concretiza-se na aplicação, com competência, intencionalidade e segurança, do conhecimento na prática, e o saber ser manifesta-se no autoconhecimento, na presença terapêutica, na ética do cuidado e na qualidade das relações estabelecidas com as pessoas. É na integração destes saberes que o EE constrói uma prática reflexiva consciente e transformadora, capaz de responder às necessidades complexas das pessoas, famílias, grupos e comunidades ao longo do ciclo de vida.

Este enquadramento teórico visa compreender a complexidade das respostas humanas ao sofrimento psíquico e aos processos de saúde-doença em contexto de saúde mental, integrando contributos da teoria que sustentam a prática do EEESMP.

Entre as múltiplas manifestações do sofrimento psíquico na pessoa, e que desafiam a prática em ESMP, a APM assume particular relevância pela sua frequência nos contextos, pela complexidade na abordagem e pelo impacto que tem na segurança das pessoas.

Assim, importa clarificar o conceito de saúde mental, a sua implicação para as pessoas e a importância de existirem respostas especializadas em Enfermagem, capazes de responder às necessidades das pessoas, aspetos que serão desenvolvidos a seguir.

1.1. SAÚDE MENTAL E RESPOSTA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

A saúde tem vindo a ser definida como um conceito amplo e multidimensional que ultrapassa a visão biomédica centrada exclusivamente na ausência de doença. De acordo com o ICN (2016), a saúde corresponde a um processo dinâmico de adaptação,

no qual a pessoa interage com o ambiente, satisfaz as suas necessidades e mobiliza recursos internos ou externos, para alcançar o seu máximo potencial de bem-estar.

Já a saúde mental é atualmente reconhecida como uma dimensão indissociável da saúde na sua globalidade, uma vez que o bem-estar psicológico e emocional influenciam diretamente a forma como as pessoas se sentem, pensam e se relacionam em sociedade.

A World Health Organization (WHO), define a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece as suas capacidades, consegue lidar com as exigências da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade (WHO, 2013). Assim, da mesma forma que a saúde não se reduz à ausência de doença, também a saúde mental não se traduz apenas pela ausência de uma perturbação mental, mas também na presença de condições internas, e na capacidade de mobilizar condições externas, que promovam equilíbrio emocional, funcional e qualidade de vida.

Sequeira (2016), reforça esta perspetiva ao definir a saúde mental como a capacidade que as pessoas têm de estabelecer relações ajustadas com os outros, gerir conflitos internos, investir em realizações pessoais e participar construtivamente no meio em que estão inseridas.

As necessidades em saúde mental e os fatores de risco associados variam de acordo com as diferentes fases do ciclo de vida, com os contextos e com as transições vividas pelas pessoas, exigindo abordagens diferenciadas e ajustadas a estas dimensões. Assim, a promoção, prevenção e intervenção em saúde mental devem ser adaptadas a cada grupo etário considerando os determinantes individuais, familiares, sociais e culturais que influenciam o bem-estar psicológico de cada um.

A pessoa com doença mental, entendida como aquela que apresenta uma “condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental” (Diário da República, 2023, p.3) apresenta, por isso, necessidades específicas em saúde mental.

Estas necessidades são decorrentes não apenas da sintomatologia associada à perturbação mental, mas também do impacto que esta exerce na própria pessoa, na sua autonomia, nas relações interpessoais que estabelece e na sua participação social. Frequentemente, estas pessoas enfrentam dificuldades ao nível da autorregulação emocional, da tomada de decisão, da gestão do stress e da adaptação às exigências do quotidiano, podendo experimentar situações de estigma, exclusão social e vulnerabilidade acrescida (Sampaio & Sequeira, 2020).

Torna-se evidente a relevância de existirem respostas especializadas, que permitam intervir de forma integrada e centrada na pessoa com doença mental, destacando-se o papel do EEESMP.

De acordo com a OE (2018b), o EE nesta área intervém não só ao nível da promoção e proteção da saúde mental, mas também, da prevenção e tratamento do sofrimento e da perturbação mental, bem como, da reabilitação e reinserção psicossocial.

Em todas estas dimensões, o enfermeiro mobiliza não apenas técnicas, procedimentos e protocolos, mas a sua presença terapêutica, a capacidade de estar com o outro, de o escutar, compreender e validar, consistindo num processo relacional que é em si mesmo, terapêutico (Peplau, 1991; Barker, 2001).

1.2. AGITAÇÃO PSICOMOTORA: CONCEITO, CAUSAS E INTERVENÇÕES

A APM é uma síndrome clínica e comportamental caracterizada por aumento da atividade motora, aceleração psicomotora, impulsividade e inquietação, descontrolo emocional, podendo evoluir para comportamentos agressivos e destrutivos (Mantovani, 2024; Saraiva & Cerejeira, 2024; Manzano -Bort et al., 2022; Baldaçara et al., 2021).

Esta manifestação pode surgir em diversos contextos, incluindo serviços de urgência, internamento hospitalar, unidades de saúde mental e cuidados comunitários, estando associada a patologia psiquiátrica, neurológica, médica ou ao consumo de substâncias psicoactivas (Zun et al., 2017; Battaglia, 2005).

De acordo com Mantovani, (2024) e Manzano -Bort et al., (2022), a APM é uma emergência psiquiátrica que requer intervenção imediata e especializada de forma a prevenir danos às próprias pessoas e/ou a terceiros.

Torna-se um desafio clínico relevante, dado o aumento do risco de comportamentos agressivos, auto e heteroagressividade, lesões físicas com eventual necessidade de intervenções coercivas, com impacto negativo na segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente terapêutico (WHO, 2013; Miller, 2004).

A evidência recente sublinha que abordagens inadequadas ou tardias estão associadas a piores desfechos clínicos, maior duração dos internamentos e deterioração das relações terapêuticas (Raveesh et al., 2019; Gaynes et al., 2016).

As causas da APM são multifatoriais, podendo estar associadas a fatores ambientais, relacionais, doença orgânica, intoxicação por substâncias, delírio e

perturbações mentais como a esquizofrenia, perturbação bipolar, entre outros (Manzano-Bort et al., 2022).

Em pessoas com esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas, a agitação pode estar relacionada com sintomas positivos da doença, como delírios persecutórios ou alucinações, que aumentam a perceção de ameaça e a ansiedade, comprometendo a capacidade de interpretação da realidade (Zeller, 2017). O mesmo autor refere que, nos estados maníacos, a aceleração do pensamento, a desinibição e a diminuição do juízo crítico contribuem para comportamentos de risco. Já nos quadros de delírio, frequentemente associados a patologia orgânica ou ao envelhecimento, a agitação assume um carácter flutuante, podendo agravar-se em ambientes destrutturados ou perante estímulos excessivos (Baldaçara et al., 2021; Manzano-Bort e tal., 2022).

Neste contexto, o EEESMP assume um papel central na prevenção, avaliação e gestão da APM. As suas competências avançadas permitem a implementação de intervenções autónomas, éticas e baseadas na evidência, promovendo cuidados seguros, humanizados e respeitadores dos direitos da pessoa (Lim et al., 2024; OE, 2018).

A gestão da APM deve assim assentar numa avaliação precoce, contínua e centrada na pessoa, monitorizando eventuais fatores precipitantes, sinais de escalada comportamental e interferência das variáveis ambientais (Richmond et al., 2012; Zeller & Rhoades, 2010). A literatura destaca que a abordagem inicial à pessoa com APM deve privilegiar estratégias de desescalada verbal e outras intervenções comunicacionais e relacionais, antes da utilização de qualquer medida coerciva.

Segundo Richmond et al. (2012), a desescalada constitui um processo estruturado de comunicação terapêutica que visa reduzir a tensão emocional e promover o restabelecimento da capacidade de autocontrolo do próprio indivíduo. Envolve princípios como manter um tom de voz calmo, utilizar linguagem clara e simples, demonstrar empatia, respeitar o espaço pessoal e ouvir ativamente as necessidades expressas pela pessoa (Valentim et al., 2020).

Baldaçara et al., (2021) reforçam que as técnicas de desescalada devem ser aplicadas imediatamente após os primeiros sinais de inquietação por parte da pessoa, como irritabilidade ou aceleração psicomotora, atuando de forma a prevenir que o comportamento evolua para níveis mais elevados de risco. A eficácia destas estratégias está intimamente relacionada com a qualidade da relação terapêutica, um dos pilares da ESMP, amplamente trabalhado por Peplau, que apresenta a interação entre o

enfermeiro e a pessoa cuidada como principal instrumento terapêutico, capaz de ajudar a reduzir o sofrimento psíquico e favorecer a regulação emocional (Peplau 1991).

Estudos recentes evidenciam que a atuação especializada de ESMP contribui para a redução do recurso à contenção física e química, bem como para a melhoria da experiência da pessoa e da equipa de cuidados (Woods & Ashley, 2007).

Sempre que as técnicas de desescalada não são eficazes, e a pessoa com APM apresente comportamentos que o podem colocar a si e/ou à sua envolvente em risco pode-se evoluir na abordagem através da utilização de medidas de contenção (DGS, 2011).

As medidas de contenção devem ser entendidas como parte de um processo amplo de gestão da APM, que inclui a monitorização contínua da pessoa contida, o registo rigoroso dos motivos de a conter, duração e intervenções realizadas e uma reflexão posterior da equipa sobre a necessidade de se perceber o impacto da sua realização. O EEESMP, enquanto profissional com competências psicoterapêuticas avançadas (OE, 2018b), assume um papel determinante na prevenção, minimização e humanização destes procedimentos, aplicados de forma adequada, documentada e supervisionada, garantindo o respeito pela dignidade humana. (Diário da República, 2023; Baldaçara et al., 2021; Zeller, 2017; DGS, 2011).

As medidas de contenção passam por: contenção ambiental, contenção química, física e mecânica, (DGS, 2011), podendo ser utilizadas por esta ordem ou não, consoante a avaliação das necessidades.

O controlo ambiental constitui um elemento essencial na prevenção e gestão da APM quando as medidas antecipatórias se tornam insuficientes. O documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental enfatiza a criação de ambientes seguros, previsíveis e terapêuticos, ajustados à vulnerabilidade da pessoa, às suas necessidades e às exigências da sua situação clínica OE (2015a).

Baldaça et al., (2021) e Richmond et al., (2012) reforçam que a organização física do espaço pode funcionar como fator protetor ou precipitante da agitação. Locais ruidosos e sobrelotados, a iluminação intensa e a imprevisibilidade das dinâmicas dos serviços aumentam a probabilidade de descompensações comportamentais e o EEESMP deve, por isso, assegurar uma vigilância ativa do ambiente, antecipar riscos e organizar os espaços de modo a contribuir para o bem-estar das pessoas e para a

prevenção da escalada da APM, isto inclui a redução de estímulos excessivos e a garantia de privacidade.

Quando as medidas de contenção ambientais não são suficientes na gestão da APM, podem ser necessárias intervenções farmacológicas, fala-se assim em contenção química. À semelhança dos restantes tipos de contenção, estas medidas carecem de prescrição médica (Diário da República, 2023).

Richmond et al., (2012) salientam que a medicação deve ser utilizada de forma segura, ponderando a etiologia provável da agitação e o risco-benefício face aos potenciais efeitos adversos. Por sua vez, Baldaça et al., (2021) indicam que as benzodiazepinas e antipsicóticos são os grupos de fármacos mais utilizados, dependendo da causa da APM, devendo-se privilegiar a via de administração menos invasiva em primeira instância.

Escalando nas medidas de contenção, pode-se falar em contenção física e eventualmente mecânica.

Em Portugal, os tipos de contenção, nomeadamente a contenção física, têm enquadramento ético e legal na Lei da Saúde Mental (LSM), que estabelece que qualquer pessoa que veja limitada a sua liberdade deve usufruir de segurança, respeito e privacidade (Diário da República, 2023). Princípios que são reforçados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da OE (2015a) e pela Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b), que exigem que as intervenções preservem também a integridade física e emocional da pessoa. Refere-se integridade física e emocional, pois este tipo de contenção ocorre quando um ou mais elementos da equipa bloqueiam o movimento da pessoa agitada, impedindo que esta se coloque a si ou a outros em risco.

A contenção mecânica, reforçada pelo parecer n.º 37/25 da OE como uma medida excecional e de última linha, deve ser aplicada apenas quando todas as intervenções não farmacológicas e farmacológicas alternativas se revelarem insuficientes e quando estiver em risco a segurança da pessoa ou de terceiros (OE, 2025). Sublinha, igualmente o mesmo parecer, que a responsabilidade do enfermeiro na monitorização contínua da pessoa, na documentação rigorosa do procedimento, na avaliação permanente da necessidade da sua manutenção e na defesa da dignidade e dos direitos da pessoa são essenciais (OE, 2025). Também a Direção-Geral da Saúde (DGS) definiu um conjunto de requisitos técnicos e procedimentos para a implementação da contenção mecânica, incluindo, para além da obrigatoriedade de

prescrição médica, a necessidade de monitorização sistemática dos parâmetros clínicos e emocionais, a revisão frequente da necessidade de dar continuidade ao procedimento e a garantia de que este decorre num ambiente seguro e supervisionado (DGS, 2011).

Durante o internamento, ao abrigo da LSM, a liberdade e integridade física da pessoa apenas podem ser restringidas nos estritos limites da necessidade terapêutica, da sua segurança e dos demais, devendo qualquer medida coerciva ser proporcional, temporária e devidamente registada (Diário da República, 2023). Os registos de enfermagem constituem um elemento fundamental de garantia da qualidade e da segurança dos cuidados, bem como de salvaguarda ética e legal da prática. Deste modo, o EEESMP tem a responsabilidade de assegurar uma documentação rigorosa, clara e objetiva que evidencie, para além da avaliação que sustentou a sua decisão, as intervenções implementadas, a sua duração e a monitorização contínua da pessoa e a avaliação dos resultados, promovendo a continuidade dos cuidados.

A complexidade inerente à APM, bem como a diversidade de fatores que lhe estão associados, evidenciam a necessidade de intervenções especializadas, fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Neste sentido, torna-se pertinente analisar de forma sistemática o conhecimento produzido sobre a intervenção do EEESMP à pessoa com APM.

1.3. MODELO TEÓRICO DE SUPORTE

A prática de ESMP assenta na compreensão da experiência humana e das respostas às transições e desafios que as pessoas enfrentam ao longo da vida (Peplau, 1991). Importa assim, enquadrar o cuidado num modelo teórico que valorize a dimensão interpessoal do cuidar.

Neste sentido, a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, constitui um referencial necessário para compreender a prática do EEESMP enquanto processo terapêutico com base na relação estabelecida com a pessoa cuidada.

Para Peplau, a prática de enfermagem desenvolve-se através de uma relação interpessoal significativa, na qual o enfermeiro e a pessoa constroem uma parceria com finalidade terapêutica, orientada para a compreensão das experiências vividas, a promoção do crescimento pessoal e da autonomia da pessoa (Peplau, 1991). Neste modelo, o enfermeiro desempenha um papel ativo e consciente no processo terapêutico,

mobilizando competências avançadas de comunicação, autoconhecimento e reflexão crítica particularmente relevantes no contexto da ESMP.

Na sua Teoria, Peplau (1991) determina que a relação terapêutica se estabelece em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Estas fases não se apresentam de forma rígida, podendo sobrepor-se consoante a situação e as necessidades da pessoa.

Na fase de orientação, estabelece-se o primeiro contacto e inicia-se a construção da relação terapêutica, sendo prioritário a criação de um ambiente seguro, de confiança e empatia que permita à pessoa expressar-se.

A fase de identificação corresponde ao aprofundamento da relação, etapa em que a pessoa reconhece no enfermeiro um recurso terapêutico.

Já a fase de exploração caracteriza-se pela utilização dos recursos disponíveis. O enfermeiro mobiliza intervenções adequadas às necessidades identificadas, promovendo a autorregulação emocional e o desenvolvimento de competências por parte da pessoa, promovendo a sua adaptação ao processo de saúde doença.

Por fim a fase de resolução traduz-se no culminar da relação terapêutica à medida que os objetivos são atingidos e a pessoa desenvolve maior autonomia na gestão da sua saúde mental.

A escolha da teoria das relações interpessoais como modelo teórico de suporte fundamenta-se na sua adequação à especificidade da prática em ESMP, onde também a relação terapêutica constitui o principal instrumento de cuidado.

Este modelo valoriza a dimensão relacional, a comunicação terapêutica e o autoconhecimento (Peplau, 1991), elementos centrais na intervenção especializada junto de pessoas com doença mental.

2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA: SCOPING REVIEW

A enfermagem contemporânea exige do EE uma prática informada pela evidência científica, sustentada na capacidade de integrar conhecimento, aplicar esse conhecimento em contextos complexos e realizar julgamentos clínicos fundamentados, em consonância com as Competências de Mestre (Comunidade Europeia, 2008). Destacando-se a “tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749).

Neste contexto, a presente SR teve como objetivo, mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do EEESMP dirigidas à pessoa com APM.

A revisão foi conduzida de acordo com as recomendações da JBI para a elaboração de SR (Peters et al., 2020), tendo sido adotada a extensão *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021) para identificação, seleção e inclusão dos resultados da pesquisa.

Pretendeu-se identificar as intervenções descritas na literatura, na abordagem à pessoa com APM, nomeadamente, utilização de medidas preventivas, medidas antecipatórias, a implementação de técnicas de desescalada validadas e utilização de medidas de contenção (Stuart, 2012; Valentim et al., 2020; Stuart & Laraia, 2001), bem como, compreender os contextos clínicos em que são implementadas.

A evidência foi analisada com base em estudos publicados de setembro de 2020 a setembro de 2025, de modo a contribuir para uma prática baseada na evidência.

Metodologia

A abordagem metodológica adotada para a realização desta SR, compreendeu a descrição dos procedimentos que foram utilizados para a identificação, seleção, extração e análise dos estudos. Esta descrição é fundamental para assegurar rigor e replicabilidade, permitindo ao leitor compreender de que forma foram mapeadas as intervenções do EE à pessoa com APM.

Foram ainda detalhados o tipo de estudo, o referencial metodológico adotado, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa, as fontes de informação, o processo de seleção dos estudos, a extração e organização dos dados e as considerações éticas associadas.

A questão formulada que orientou esta revisão é apresentada de seguidamente:
Quais são as intervenções do enfermeiro especialista dirigidas à pessoa com agitação psicomotora?

Esta questão foi elaborada com o objetivo de guiar a revisão de forma clara e estrutura, permitindo explorar a prática do EE em diferentes contextos de SM (Peters et al., 2020; OE, 2018b).

O objetivo geral da SR constituiu em mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções do EEESMP dirigidas à pessoa com APM.

A inclusão dos estudos seguiu o modelo *PCC*, considerando como *População* as pessoas com APM (Zeller & Rhoades, 2010), como *Conceito* as intervenções do EEESMP (WHO, 2019; Holloman & Zeller, 2012) e como *Contexto* os diferentes ambientes de saúde mental, incluindo unidades hospitalares, comunitárias e serviços de urgência psiquiátrica (Zun et al., 2017; Richmond et al., 2012).

A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed® utilizando a seguinte expressão: ((((((nurs*[MeSH Terms]) OR (Nurs*[Title/Abstract])) AND (Psychiatry[MeSH Terms])) OR (Psychiatry[Title/Abstract])) AND (agitation, psychomotor[MeSH Terms])) OR (psychomotor agitation[MeSH Terms])) OR (psychomotor agitation[Title/Abstract])).

No entanto, foram realizadas várias pesquisas exploratórias noutras bases de dados, nomeadamente: Web of Science® e SCOPUS®, que não resultaram na identificação de estudos elegíveis.

Essa ausência de resultados foi considerada relevante, refletindo a escassez de evidência específica sobre intervenções do EEESMP na pessoa com APM.

Aos resultados obtidos decorrente da pesquisa na PubMed®, foram aplicados filtros relativamente ao idioma (português, inglês e espanhol), período temporal (setembro de 2020 a setembro de 2025), acesso ao texto integral e população adulta (19+ anos) e humana. Foram considerados estudos que descrevessem intervenções do EEESMP, direcionadas à pessoa com APM.

Foram incluídos ensaios clínicos, estudos observacionais, revisões sistemáticas, revisões integrativas e relatos de experiências relevantes. Foram excluídos estudos fora do contexto da ESMP, que não abordasse intervenções dirigidas à pessoa com APM, que incluíssem exclusivamente população pediátrica ou animal, bem como comentários editoriais, textos sem dados empíricos e publicações incompletas.

Após a pesquisa inicial, todos os registos foram exportados para um gestor de referências - Rayyan®. A seleção foi realizada em duas fases: numa primeira fase,

procedeu-se à leitura do título e do resumo; numa segunda fase, à leitura integral dos textos potencialmente elegíveis.

A extração dos dados foi realizada com recurso a um formulário estruturado, elaborado de acordo com as recomendações JBI para SR, contemplando informações relativas aos objetivos, metodologia, população, conceito, contexto e principais resultados dos estudos incluídos.

O processo de identificação dos estudos foi detalhado através do fluxograma PRISMA-ScR (Page et al., 2021) e encontra-se apresentado na Figura 1.

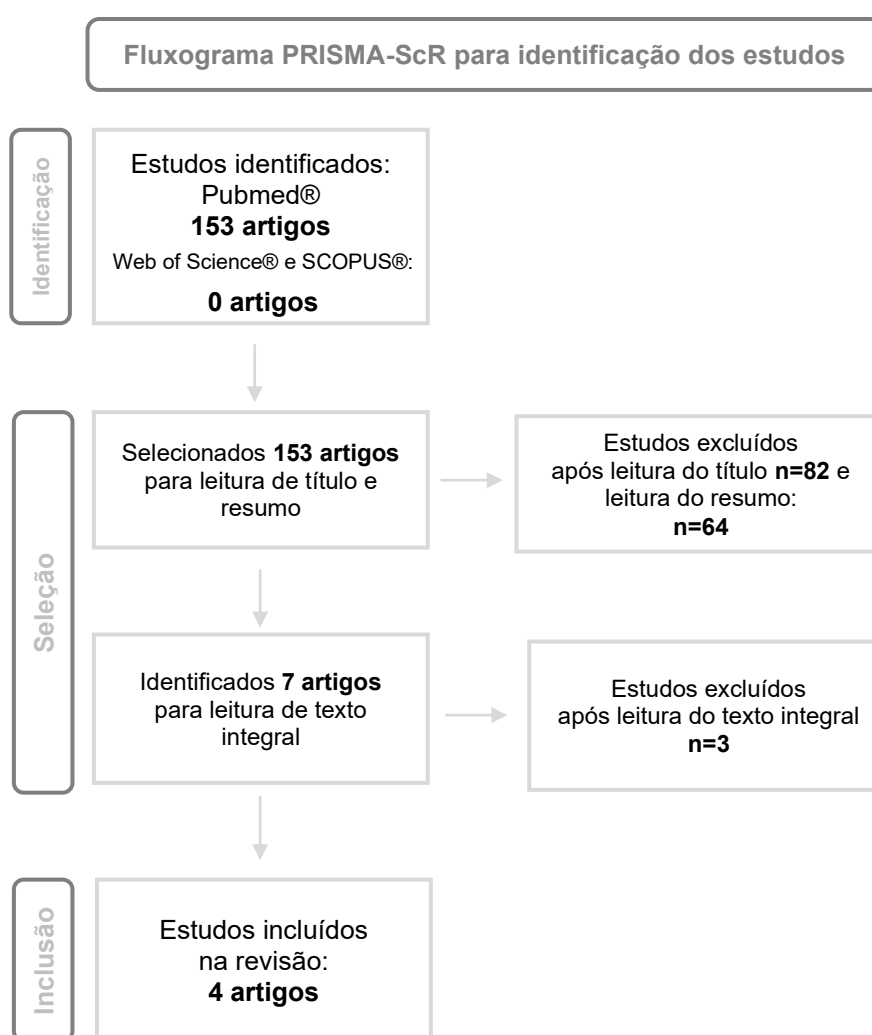


Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR para identificação dos estudos

A pesquisa realizada resultou na identificação inicial de 153 artigos e tendo-se procedido posteriormente à triagem dos estudos com base na leitura do título, tendo sido excluídos 82 artigos por não se enquadrarem no objeto de revisão. Dos 71 artigos

restantes, foi efetuada a leitura do resumo, o que levou à exclusão de 64 artigos por não abordarem intervenções do EEESMP dirigidas à pessoa com a APM ou por não se enquadrarem no contexto da ESMP.

Assim foram selecionados 7 artigos (A1-A7) para leitura integral, sendo que após a análise do texto completo, foram excluídos 3 artigos que não permitiam a identificação clara de intervenções específicas do EEESMP dirigidas à pessoa com APM. Deste processo resultaram 4 estudos, incluídos na presente SR, os quais constituíram a base para a extração, síntese e análise dos dados conforme representado no fluxograma anterior PRSIMA-ScR.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura integral dos estudos selecionados, procedeu-se à extração dos dados dos 4 artigos incluídos na SR.

A extração foi realizada contemplando informações relativas à identificação dos estudos, autores, ano e país de publicação, tipo de estudo e contexto clínico. O quadro 1 apresenta a caracterização geral dos estudos incluídos, permitindo uma visão global da evidência analisada.

Quadro 1 - Extração de dados

Código	A1	A2	A4	A7
Referência (APA 7)	Manning, T., Bell, S. B., Dawson, D., Kezbers, K., Crockett, M., & Gleason, O. (2022). The Utilization of a Rapid Agitation Scale and Treatment Protocol for Patient and Staff Safety in an Inpatient Psychiatric Setting. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 93(3), 915–933. https://doi.org/10.1007/s11126-022-10001-y	Isaac, V., Kuot, A., Hamiduzzaman, M., Strivens, E., & Greenhill, J. (2021). The outcomes of a person-centered, pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia in Australian rural nursing homes. <i>BMC Geriatrics</i> , 21(1), 193. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02151-8	Cheung, D. S. K., Tse, H. Y. J., Lee, P. H., Ho, K. H. M., Bai, X., & Lai, C. K. Y. (2025). Individualized Music Playlist Based on Iso-Principle for De-escalating Agitation of People With Dementia: A Randomized Controlled Feasibility Study. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 40(4), e70070. https://doi.org/10.1002/gps.70070	Kumar, S., Shanbhag, A., Burhan, A. M., Colman, S., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Kim, D., Ma, C., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Woo, V. L., Davies, S. J. C., & Rajji, T. K. (2022). Impact of standardizing care for agitation in dementia using an integrated care pathway on an inpatient geriatric psychiatry unit. <i>International Psychogeriatrics</i> , 34(10), 919–928. https://doi.org/10.1017/S1041610222000321
Autores	Manning, T., Bell, S. B., Dawson, D., Kezbers,	Isaac, V., Kuot, A., Hamiduzzaman, M.,	Cheung, D. S. K., Tse, H. Y. J., Lee, P. H., Ho, K.	Kumar, S., Shanbhag, A., Burhan, A. M.,

	K., Crockett, M., & Gleason, O.	Strivens, E., & Greenhill, J.	H. M., Bai, X., & Lai, C. K. Y.	Colman, S., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Kim, D., Ma, C., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Woo, V. L., Davies, S. J. C., & Rajji, T. K.
Título	The utilization of a rapid agitation scale and treatment protocol to improve patient safety and outcomes.	The outcomes of a person-centered, non-pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia.	Individualized music playlist based on the Iso-Principle for agitation.	Impact of standardizing care for agitation using an integrated care pathway.
Ano/ País	2022/ Estados Unidos da América	2021/ Austrália	2025/ Austrália	2022/ Canadá

Após a caracterização global dos estudos incluídos, procedeu-se à análise da evidência identificada. O quadro seguinte apresenta a síntese comparativa dos estudos incluídos, organizados de acordo com os objetivos, a metodologia, população, conceito, contexto e principais resultados descritos.

Quadro 2 – Análise da extração de dados

Código do Artigo	Objetivos	Metodologia	População	Conceito (Intervenção)	Contexto	Principais Resultados
A1	Avaliar o impacto de uma escala (MASS) rápida de avaliação da agitação associada a um protocolo de intervenção	Quasi-experimental	Adultos com APM	Avaliação estruturada da agitação e protocolo de intervenção liderados por EEESMP	Psiquiatria em contexto hospitalar	Redução do recurso a contenção física, melhoria da segurança na gestão da APM
A2	Reduzir agitação em residentes de lares e casas de repouso com demência	Intervenção pré e pós	Idosos com demência e APM em contexto	Intervenção não farmacológica centrada na pessoa (PLST	Lares de idosos e casas de repouso	Redução significativa da agitação e do stress do cuidador

			de lar/ casa de repouso	+ música) realizado por enfermeiros com formação no modelo		
A4	Avaliar a eficácia de <i>playlists</i> individualizadas	Ensaio piloto	Pessoas com demência e APM	Intervenção musical personalizada (<i>Iso-Principle</i>) realizado por enfermeiros	Contextos geriátricos	Resultados inconclusivos, mas boa aceitabilidade e aplicabilidade
A7	Padronizar cuidados na gestão da APM	Estudo de implementação	Adultos com APM	Algoritmo de decisão numa abordagem multidisciplinar com EEESMP	Serviços de saúde mental	Melhoria da consistência dos cuidados e da gestão da APM

Resultados

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar diferentes tipos de intervenções, aplicadas em diversos contextos clínicos, evidenciando o contributo central do EEESMP na antecipação e gestão de episódios de APM bem como dificuldade de identificação de evidências específicas nesta área.

Importa salientar que, nos estudos incluídos, a designação e o enquadramento da especialização em ESMP varia de acordo com o contexto e o sistema de formação de cada país. Assim, nem todos os estudos referem explicitamente a intervenção de EEESMP nos moldes do contexto português, nomeadamente os estudos australianos.

No entanto, os artigos incluídos descrevem intervenções de enfermagem dirigidas à gestão da APM, sustentadas em modelos teóricos, competências e práticas avançadas do domínio da saúde mental. Deste modo, a inclusão dos estudos baseou-se na sua relevância para a prática especializada.

Os resultados desta revisão evidenciam que a prevenção e a antecipação de episódios de APM constituem dimensões fundamentais da prática do EEESMP.

O estudo desenvolvido por Isaac et al (2021) demonstra de forma clara a eficácia de uma intervenção não farmacológica centrada na pessoa com demência e APM, baseada no modelo *Progressively Lowered Stress Threshold* (PLST). Este modelo parte

do princípio de que, à medida que a doença progride, a pessoa apresenta uma diminuição progressiva da sua tolerância ao stress, tornando-se mais vulnerável a estímulos ambientais e relacionais, apresentando comportamentos de APM (Isaac et al., 2021).

Assim, a intervenção baseia-se na identificação precoce de sinais de sobrecarga nestes idosos e na implementação de estratégias que visam reduzir o stress, como a individualização dos cuidados, adaptação do ambiente e a utilização da música com finalidade terapêutica. Os autores observaram ainda uma redução significativa dos comportamentos de agitação em idosos com demência, reforçando a importância da implementação de intervenções preventivas ajustadas às necessidades individuais de cada um (Isaac et al., 2021).

Neste contexto, o EE assume um papel determinante na avaliação contínua do comportamento, na identificação de fatores desencadeantes da agitação e na implementação de estratégias antecipatórias, atuando também como facilitador da formação e capacitação das equipas de cuidados (Isaac et al., 2021). Estes resultados estão em consonância com abordagens contemporâneas que privilegiam a individualização do cuidado e a redução do stress ambiental como estratégia-chave na prevenção da APM.

De forma complementar, o estudo conduzido por Kumar et al (2022) evidencia que a organização e padronização dos cuidados, através da implementação de um percurso clínico estruturado (*Integrated Care Pathway*) contribui para uma gestão mais consciente da agitação em unidades de psiquiatria geriátrica. Pois procura garantir acompanhamento contínuo da pessoa, desde a prevenção até à reabilitação, integrando ações de saúde e apoio social.

Embora se trate de uma intervenção de natureza organizacional e multidisciplinar, os resultados apresentam que a avaliação sistemática da agitação e a utilização de algoritmos de decisão contribuem para a antecipação de episódios de escalada comportamental, reduzindo desfechos adversos como quedas e uso excessivo de psicofármacos (Kumar et al., 2022). Neste modelo de atuação, o EEESMP desempenha um papel central na monitorização contínua do comportamento das pessoas, na ativação precoce das intervenções e na articulação entre os diferentes profissionais da equipa.

A comparação entre os estudos de Isaac et al (2021) e Kumar et al (2022) demonstra que, embora ambos se situem no domínio da prevenção, diferem na natureza

das estratégias adotadas. Enquanto o primeiro privilegia uma abordagem relacional e centrada na pessoa, o segundo enfatiza a organização dos cuidados e a consciência da resposta clínica. Ainda assim, ambos reforçam a relevância do EE como elemento-chave na antecipação e prevenção da APM.

O estudo de Manning et al (2022), relativamente às intervenções em contexto de crise, mostra a eficácia da utilização de uma escala que avalia o nível e a gravidade da APM na pessoa - Modified Agitation Severity Scale (MASS), associada a um protocolo estruturado de intervenção.

Os resultados demonstraram melhorias significativas na segurança do doente e da equipa, bem como, uma redução do recurso a medidas coercivas, como contenção física, química e mecânica (Manning et al., 2022). Este estudo, destaca ainda, de forma inequívoca o papel do EEESMP na avaliação imediata da gravidade da agitação, na tomada de decisão e na implementação de intervenções ajustadas ao nível de risco identificado (Manning et al., 2022).

Em contraste, o estudo realizado por Cheung et al., (2025) sobre a utilização de *playlists* musicais individualizadas baseadas no *Iso-Principle*, explora uma abordagem não farmacológica da escalada da agitação.

O *Iso-Principle* é um princípio originalmente descrito no âmbito da musicoterapia atribuído a Altshuler, e baseia-se na ideia de que a música utilizada como intervenção, deve corresponder inicialmente ao estado emocional e comportamental da pessoa, para depois a conduzir gradualmente a uma modulação desse estado (Cheung et al., 2025). De acordo com os autores que aplicam este princípio em contextos de demência e APM o *Iso-Principle* consiste em iniciar a intervenção musical com estímulos sonoros que sejam congruentes com o nível de ativação emocional da pessoa, com a utilização de uma música mais rápida, intensa ou ritmada em situações de agitação e introduzir, progressivamente, músicas com características mais calmas de forma a facilitar a redução gradual da excitação e promover a autorregulação emocional (Cheung et al., 2025).

Embora os autores não tenham identificado diferenças estatisticamente significativas na redução dos níveis de agitação, a intervenção apresentou elevada aceitabilidade por parte dos profissionais (Cheung et al., 2025). Estes resultados sugerem que intervenções deste tipo podem ser utilizadas como estratégias complementares, particularmente em situações de agitação ligeira a moderada ou como medidas de suporte em contextos de crise.

A análise integrada dos estudos incluídos demonstra que a gestão eficaz da APM exige a articulação de diferentes tipos de abordagens. As intervenções não farmacológicas descritas por Isaac et al., (2021) e Cheung et al., (2025) valorizam a relação terapêutica, a individualização do cuidado e a modificação do ambiente, estando alinhadas com recomendações internacionais que defendem estas estratégias como primeira linha na gestão da APM.

Por outro lado, os estudos de Manning et al., (2022) e Kumar et al., (2022) evidenciam a importância de abordagens clínicas e organizacionais estruturadas que apoiem a tomada de decisão e promovam consistência na resposta à agitação. A integração entre uma avaliação sistemática, a implementação de protocolos de intervenção e a organização dos cuidados, surge como um fator determinante para a qualidade e segurança da prática.

Estes resultados reforçam que nenhuma abordagem isolada é suficiente para responder à complexidade da APM, sendo a integração de estratégias preventivas, antecipatórias e de intervenção na crise, elementos centrais da prática especializada de ESMP.

De forma transversal, os estudos analisados evidenciam o papel central do EE na gestão da APM, como o profissional que assume funções de avaliação especializada, tomada de decisão, implementação de intervenções terapêuticas e coordenação do cuidado, quer nas abordagens preventivas, quer em contextos de crise (Kumar et al., 2022; Isaac et al., 2021).

O EE destaca-se assim, como elemento-chave na promoção de cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência, articulando conhecimento científico, pensamento crítico e competências relacionais na resposta à APM.

Apesar da diversidade de intervenções identificadas, observa-se um número reduzido de estudos focados explicitamente nas intervenções do EEESMP, relacionado essencialmente com o sistema de formação de cada país, bem como, pouca diversidade metodológica e escassez de ensaios clínicos robustos.

Estudos como Cheung et al., (2025) evidenciam a necessidade de investigação adicional para a avaliar a eficácia de intervenções não farmacológicas específicas, no caso do *Iso-Principle*, enquanto Kumar et al., (2022) salientam a importância de avaliar de forma mais sistemática o impacto direto das intervenções organizacionais nos resultados junto das pessoas com APM.

Com o desenvolvimento da SR reforça-se a pertinência de futuras investigações que explorem de forma aprofundada as intervenções especializadas de EEESMP na gestão da APM, contribuindo para o desenvolvimento da prática baseada na evidência, para a clarificação conceptual da APM e consolidação do papel do EEESMP.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A organização dos contextos de saúde mental em Portugal assenta num modelo que privilegia a continuidade, a proximidade e a integração de respostas, articulando cuidados hospitalares e comunitários, em consonância com os princípios consagrados na LSM e com as orientações estratégicas da reforma de saúde mental estabelecidas pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM, 2021).

O estágio decorreu em dois contextos distintos, um Serviço de Psiquiatria de doentes agudos adultos de um Hospital de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que pertence à mesma ULS.

Esta distribuição dos locais de estágio permitiu o contacto com realidades diferentes da prática, mas complementares, possibilitando uma compreensão mais abrangente da organização dos cuidados de saúde mental e do papel do EEESMP na intervenção à pessoa, família, grupos e comunidade ao longo das diferentes fases do processo de saúde-doença.

3.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

O internamento de doentes agudos em psiquiatria integra a rede de cuidados de saúde mental diferenciados do Serviço Nacional de Saúde, constituindo uma resposta especializada destinada ao tratamento de situações de descompensação de doença mental ou crise psiquiátrica, que não podem ser adequadamente acompanhadas em regime ambulatorio ou comunitário (Diário da República, 2023).

De acordo com a LSM e o Documento da Reforma de Saúde Mental emitido pela CNPSM, o internamento assume um carácter excecional, devendo ser aplicado apenas quando estritamente necessário para a proteção da saúde da pessoa e/ou de terceiros e pelo período mais curto possível (Diário da República, 2023; CNPSM, 2021).

No âmbito da Reforma de Saúde Mental, é ainda reforçada a necessidade de articulação entre os serviços de internamento e os cuidados comunitários, promovendo a continuidade de cuidados (CNPSM, 2021).

Neste contexto, o estágio decorreu num serviço de psiquiatria, inserido num hospital de uma ULS do país, como referido anteriormente. Este serviço destina-se ao tratamento e acompanhamento de pessoas em fase aguda de doença mental que exigem vigilância e intervenção contínua.

O serviço apresenta uma lotação de 20 camas e recebe pessoas predominantemente transferidas do serviço de urgência do mesmo hospital, após serem avaliadas por um médico psiquiatra ou referenciadas da consulta externa da mesma instituição após decisão do médico assistente, sempre que apresentem critérios clínicos para internamento. Podendo receber também pessoas encaminhadas de outros hospitais para internamento na sua área de residência.

A equipa de enfermagem é composta por catorze enfermeiros, dos quais oito são especialistas em ESMP, um Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e os restantes são Enfermeiros de Cuidados Gerais (dois dos quais, a frequentar o MESMP). A equipa multidisciplinar conta ainda com técnicos auxiliares de saúde (TAS), psiquiatras, uma assistente social, duas psicólogas e uma assistente técnica.

3.2. CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

A Reforma de Saúde Mental salienta a centralidade da intervenção comunitária como estratégia privilegiada para prevenir recaídas, promover a autonomia e reduzir os internamentos (CNPSM, 2021).

De acordo com a LSM, a organização dos cuidados deve privilegiar respostas comunitárias, menos restritivas e centradas na pessoa, favorecendo a manutenção da mesma no seu contexto familiar, social e comunitário (Diário da República, 2023).

Neste sentido, as Equipas Locais de Saúde Mental são identificadas como uma mais-valia para reforçar a resposta comunitária, promovendo uma intervenção multidisciplinar, coordenada e territorialmente próxima das pessoas (Diário da República, 2023). Contudo, reconhece-se, que, a nível nacional, estas equipas se encontram ainda em diferentes fases de implementação, pelo que na prática as UCC e outras estruturas de cuidados de saúde primários continuam a assumir um papel fundamental na resposta às necessidades em saúde mental.

A segunda fase do estágio decorreu numa UCC, um serviço multi e interdisciplinar, inserido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que presta cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário.

A equipa é constituída por oito enfermeiras a tempo inteiro, uma das quais é EEESMP, uma assistente técnica, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma

assistente social e TAS, e em regime parcial colaboram mais duas enfermeiras, um médico, uma higienista oral, uma cardiopneumologista e um técnico de saúde ambiental.

Trabalham para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica onde intervêm, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, cumprindo as linhas de estratégia e ação da ULS em que está inserida. Dividem o edifício com uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, prestando cuidados na comunidade e no domicílio, junto das pessoas, e em articulação com escolas, lares e outras instituições locais da sua área de abrangência.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS

As atividades descritas neste capítulo constituem exemplos representativos do trabalho desenvolvido ao longo da componente clínica do mestrado permitindo evidenciar a integração das competências de acordo com as dimensões já referidas neste relatório.

Estas intervenções abrangem assim, o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência pessoal e profissional, da assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, da intervenção especializada na recuperação da saúde mental e da prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018b). Numa lógica de responsabilidade ética e profissional, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados prestados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019).

A descrição das atividades desenvolvidas tem como objetivo evidenciar uma prática clínica estruturada, fundamentada e centrada na pessoa, valorizando o processo de enfermagem, a relação terapêutica e a adaptação das intervenções à complexidade dos contextos e dos processos de saúde-doença.

Ao longo do capítulo, será ainda dado particular destaque às intervenções realizadas em contexto de internamento no âmbito da gestão da APM, bem como, as intervenções de educação para a saúde desenvolvidas em contexto comunitário enquanto estratégias fundamentais na prevenção e gestão deste tipo de situações.

4.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

Durante este período de estágio, houve oportunidade de participar ativamente nas dinâmicas do serviço, integrando as diferentes etapas do processo de enfermagem. Particularmente, a avaliação sistemática da pessoa com doença mental, a identificação das suas necessidades e formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções, a sua implementação e a avaliação contínua dos resultados obtidos.

Este envolvimento permitiu desenvolver uma prática fundamentada e ajustada à complexidade dos processos de saúde-doença da pessoa internada em contexto de saúde mental.

Todas as atividades desenvolvidas no internamento contribuíram para a consolidação de uma prática profissional, ética, responsável e legal na medida em que

exigiram uma atuação consciente fundamentada e centrada na pessoa, particularmente em situação de maior vulnerabilidade e complexidade clínica.

Nomeadamente, na abordagem à pessoa com APM onde foi possível desenvolver e escalar intervenções tendo em vista a recuperação da saúde mental. Por ser um quadro frequente, permitiu a reflexão sobre a prática e o aperfeiçoamento com base na evidência científica, de forma a desenvolver intervenções mais eficazes em novos episódios.

A agitação surge frequentemente como expressão de ansiedade extrema, confusão, medo, frustração ou efeitos adversos do tratamento, podendo evoluir para agressividade se não for reconhecida e gerida precocemente, como enfatiza Baldaçara et al., (2021), mencionando Garriga (2016) e Citrome (2014) e como foi possível validar no internamento.

Esta realidade foi claramente observada no contexto de internamento, onde episódios de APM se manifestam, muitas vezes, de forma progressiva, iniciando-se por sinais subtis de inquietação psicomotora, aumento da tensão emocional e alterações do comportamento.

Neste contexto, constatou-se que a abordagem à pessoa com APM requer uma avaliação contínua, uma presença terapêutica e a capacidade de decisão em tempo real. As intervenções implementadas, para além da abordagem através da desescalada verbal, e do redirecionamento de comportamentos, levou, em alguns casos, quando estas se tornaram ineficazes, à necessidade, de utilização de medidas de contenção, conforme previsto na Lei nº 35/23 de 2023 de 21 de Julho, estabelecido pelo regime jurídico português.

Foi possível detetar que, tendencialmente, nestes episódios, o ambiente na enfermaria encontra-se mais tenso e os doentes, no início destes quadros, começam por se apresentar mais agitados, muitas vezes sem razão aparente, a gesticular mais que o habitual e, em muitos casos, com aumento do tom de voz. Tornam-se, gradualmente, ameaças para si próprios e por vezes, também para os outros doentes e para a equipa.

Depois de se observarem comportamentos desta natureza, e de os avaliar, houve tendência em avançar, em grande parte dos casos, com o uso das técnicas de desescalada, como descrito por Valentim et al., procurando garantir a segurança e promover a autorregulação da pessoa. Através de uma postura calma, um tom de voz

baixo e uma comunicação assertiva, mantendo uma distância segura e validando o estado emocional de cada pessoa (Valentim et al., 2020).

Apesar das tentativas de desescalada, quando a intensidade da APM se manteve ou aumentou, e face à iminência de perigo, decidiu-se, por várias vezes, escalar para a utilização de medidas coercivas.

Durante estes procedimentos, associados à contenção, assegurou-se uma vigilância contínua, comunicação empática e a explicação de cada intervenção, sempre que possível, pois pelas suas especificidades, em muitas circunstâncias, estes doentes encontravam-se com alterações do pensamento e sem capacidade de fazer juízos críticos ao que lhes era transmitido.

A frequência de episódios de APM constituiu uma oportunidade para aperfeiçoar as intervenções, reforçando abordagens mais preventivas e adequadas às necessidades individuais das pessoas internadas, numa lógica da melhoria contínua da qualidade.

Neste sentido, foi feita sugestão à enfermeira gestora do serviço, de implementação da Escala de Broset (*Brøset Violence Checklist - BVC*) desenvolvida por Amvik, Woods & Rasmussen, como instrumento de avaliação do risco de comportamento agressivo decorrente da agitação (Amvik, Woods & Rasmussen, 2000). Esta sugestão surgiu da observação sistemática de episódios de APM frequentes e da necessidade de dispor de ferramentas estruturadas que permitam apoiar a avaliação dos doentes, antecipar situações de risco e adequar, de forma mais consistente, as intervenções de enfermagem.

A BVC, enquanto instrumento validado e adaptado para a realidade portuguesa, permite a avaliação objetiva de comportamentos preditores de agitação e agressividade, contribuindo para uma intervenção mais precoce, individualizada e proporcional, bem como para a promoção da segurança da pessoa, dos restantes doentes e da equipa de cuidados (Marques, 2015). A sua utilização pode ainda facilitar a comunicação entre profissionais e apoiar a tomada de decisão em situações de maior complexidade.

A proposta apresentada esteve em análise pela enfermeira gestora do serviço até ao término do estágio, refletindo a pertinência da discussão em torno da integração de instrumentos de avaliação estruturada na prática de ESMP e no interesse na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A gestão da APM articulou-se de forma indissociável com a intervenção na crise, enquanto abordagem dirigida à estabilização e segurança da pessoa e à reorganização da sua funcionalidade.

Em várias situações, foi possível reduzir o risco de escalada do comportamento agitado, favorecendo a recuperação do equilíbrio (Sampaio & Sequeira, 2020).

A crise, definida como “um estado temporário de desorganização, habitualmente associado a um desequilíbrio emocional” (Sampaio & Sequeira, 2020, p.220), nem sempre está associada a episódios de APM, sendo evidente, muitas vezes, na dificuldade que as pessoas têm em aceitar o diagnóstico/ internamento ou pela inadaptação das estratégias de *coping* utilizadas.

Houve oportunidade, de intervir nestas pessoas, particularmente, com foco na sua reorientação para a realidade, com o intuito de otimizar os seus recursos e possibilidades na vivência do seu processo de saúde-doença.

Em alguns casos, essencialmente por falta de crítica para a doença ou limitações na capacidade de julgamento, verificou-se que as intervenções implementadas não conduziram, de forma imediata, à reorganização emocional ou comportamental das pessoas, tornando-se necessária a mobilização de estratégias terapêuticas adicionais. Noutros casos, pelas intervenções desenvolvidas, foi possível criar condições que favoreceram a reorganização interna, a identificação de recursos pessoais e a adoção de estratégias mais adaptativas face ao processo de saúde-doença.

Neste contexto, também a escuta ativa se assumiu como uma intervenção psicoterapêutica transversal e fundamental, que permitiu acolher a experiência subjetiva da pessoa, compreender o significado que esta atribui ao processo vivenciado e estabelecer uma relação terapêutica promotora de confiança.

A escuta ativa “é uma técnica de comunicação não-verbal que serve para transmitir interesse sobre as necessidades, inquietações e problemas” (Sampaio & Sequeira, 2020, p. 177) da pessoa, através de uma atitude de disponibilidade (Sequeira, 2016).

Através da mobilização da Teoria das Relações Interpessoais, confirmou-se que a qualidade das relações estabelecidas, se tornou facilitadora da existência de mudanças (Peplau, 1991).

Algumas pessoas verbalizaram sentir-se mais tranquilas relativamente ao problema que motivou a intervenção, outras, pela sua desorganização significativa foi

necessário validar a sua experiência e prevenir a escalada para comportamentos mais desorganizados.

Nas intervenções de aconselhamento de um para um desenvolvidas, o foco esteve essencialmente na gestão do stress e autorregulação emocional, na adaptação à doença, na orientação para os recursos das pessoas, no planeamento de passos concretos ou na mobilização de estratégias de *coping*. Esta intervenção psicoterapêutica foi dirigida a pessoas que evidenciaram dificuldades na gestão do stress e autorregulação perante o diagnóstico e/ou internamento, bem como, na tomada de decisão relacionada com as vivências do dia-a-dia.

Sampaio e Sequeira (2020) referem que a utilização desta técnica é adequada quando estamos perante pessoas que não conseguem tomar decisões totalmente informadas ou apresentam dificuldades na tomada de decisão autónoma.

Foi possível criar um espaço de escuta ativa, em consonância com os princípios da relação terapêutica descritos por Peplau (1991) e “dar informação baseada na evidência científica, orientar e encaminhar” (p. 180) estas pessoas, de acordo com as suas necessidades, num processo dinâmico, com o intuito de potenciar no outro as indicações já referidas anteriormente e assim otimizar a sua saúde mental.

No final, e em muitos dos casos, os doentes conseguiram expressar maior capacidade para mobilizar recursos internos e externos, tornaram-se mais ativos no seu processo de saúde doença e foi evidente maior disponibilidade como resposta à intervenção.

Este tipo de intervenções individuais, constituíram simultaneamente, espaços privilegiados para o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência profissional enquanto futura EEESMP. Na relação de um para um, particularmente em contextos tão exigentes como o internamento de psiquiatria, detetou-se a ocorrência de processos de transferência nos quais algumas pessoas projetavam expectativas, dependências e até mesmo figuras significativas da sua história relacional ou ambiente social.

Paralelamente, estas interações suscitaram respostas emocionais diversas, exigindo uma atenção mais direcionada e consciente, tendo em conta, a ocorrência de eventuais processos de contratransferência.

O reconhecimento destes fenómenos permitiu desenvolver uma postura reflexiva sobre as emoções, atitudes e limites da relação na prática, evitando respostas impulsivas ou defensivas e garantindo a manutenção de uma relação terapêutica

profissional. A capacidade de identificar, compreender e regular estas vivências internas revelou-se fundamental para utilizar a relação como instrumento terapêutico, em consonância com a Teoria das Relações Interpessoais, que fomenta no enfermeiro, o uso consciente de si no cuidado (Peplau, 1991).

Concomitantemente, no mesmo contexto, houve oportunidade de desenvolver, no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, sessões estruturadas de relaxamento muscular progressivo em grupo (Apêndice 1), orientadas para a identificação da tensão corporal, treino da respiração e relaxamento sequencial por grupos musculares.

O relaxamento pode definir-se por um estado de consciência que origina sensações agradáveis e distancia pensamentos stressantes (Payne, 2000) e quando utilizado nos cuidados reflete uma abordagem onde o EEESMP combina presença com técnicas de suporte emocional (Payne, 2000; Peplau, 1991). Assim, as sessões foram desenvolvidas com doentes com ansiedade e que apresentavam dificuldade na regulação emocional, uma vez que a literatura nos diz que esta técnica, originalmente descrita por *Jacobson* e desenvolvida em contexto clínico por vários autores, tem demonstrado eficácia na autorregulação emocional, na melhoria do sono e na diminuição da sintomatologia ansiosa (OE, 2023b; Sampaio & Sequeira, 2020).

Segundo Payne, (2000) esta técnica permite ainda combinar o contraste entre as sensações de tensão e relaxamento em vários músculos, revelando benefícios diretos nos doentes com ansiedade, humor depressivo e sono comprometido.

No final das sessões observou-se a alteração corporal provocada nos doentes, como diminuição da tensão e os próprios verbalizaram sentir-se mais calmos e com maior sensação de bem-estar.

No decorrer do estágio, foi ainda possível organizar e realizar uma sessão de mediação artístico-expressiva, utilizando a expressão artística como meio para a exteriorização de emoções e a valorização do potencial individual de cada um. Esta sessão (Apêndice 2), intitulada "O Papel das Máscaras no Nosso Dia a Dia", surgiu no âmbito do processo terapêutico de autoconhecimento e *insight* sobre a doença mental, procurando explorar a discrepância entre o "eu" sentido e o "eu" que habitualmente mostram aos outros.

Esta técnica pressupõe o uso de mediadores artístico-expressivos, por exemplo de expressão plástica, com um objetivo terapêutico (Caldeira, 2025) e o EEESMP suporta-se de técnicas e materiais de outras disciplinas, enquadrando-os no âmbito da intervenção em ESMP.

Participaram nesta atividade oito pessoas com diagnósticos psiquiátricos diferentes, selecionados com base em critérios definidos previamente, nomeadamente, presença de sintomatologia ansiosa, capacidade de *insigth* para a doença e estabilidade clínica que permitisse a participação em contexto de grupo fechado, avaliadas através da observação e do exame do estado mental.

Foram convidadas, através da utilização de papel, lápis de cor, lápis de cera e canetas de colorir, a desenhar em folha de papel, duas caras: uma que representasse como se sentiam e outra como se mostravam ao mundo. Sendo que a metáfora da máscara foi usada para facilitar a verbalização de emoções, conflitos internos e mecanismos de defesa.

Peplau (1991) enfatiza que o processo terapêutico envolvendo a exploração do *self*, ou seja, do “eu”, dos conflitos internos e da forma como a pessoa se percebe e se apresenta aos outros, lhe trará também maior percepção sobre o seu processo de saúde-doença e integração emocional. Nos participantes desta atividade manifestou-se por aumento da sensação de bem-estar e diminuição da ansiedade, verbalizado no final pelos próprios e observado.

Por tudo isto, esta atividade revestiu-se de uma dimensão psicoterapêutica, mas também socio terapêutica, uma vez realizada em grupo, promoveu a interação entre os vários elementos, a mobilização e o desenvolvimento de competências relacionais e a reintegração social; características evidenciadas pela OE (2023b) e Sampaio & Sequeira (2020).

Do ponto de vista do treino de competências sociais, foram desenvolvidas diversas atividades com pessoas que apresentavam dificuldades ao nível da comunicação interpessoal, da assertividade, da expressão de emoções e da adaptação às regras do internamento e convivência dentro do próprio serviço. Estas dificuldades frequentemente associadas ao processo de saúde-doença e ao impacto que o internamento tem na identidade destas pessoas e nos seus papéis sociais comprometem, muitas vezes, a interação com o outro, a participação nas atividades terapêuticas e o processo de reintegração social (Barker, 2001).

As intervenções realizadas centraram-se então no desenvolvimento de competências como a comunicação verbal e não-verbal, a expressão adequada de necessidades e emoções, a assertividade, o respeito pelos próprios limites e os do outro, bem como na resolução de conflitos.

Foram utilizadas estratégias como a discussão em grupo, o reforço positivo e a reflexão conjunta sobre situações do quotidiano, permitindo às pessoas experimentar observar e reformular padrões relacionais e isto permitiu observar em alguns participantes uma maior capacidade de comunicação, redução de comportamentos desajustados, maior tolerância à frustração e melhoria da interação com os pares.

Apesar do carácter socio terapêutico pelo reforço dos papéis sociais e promoção do saber estar em sociedade, este treino de competências também se reveste de uma dimensão psicossocial, pois melhorou a funcionalidade destas pessoas, promovendo a sua reintegração.

Outra intervenção psicossocial desenvolvida passou por uma sessão de promoção do autocuidado e empoderamento da pessoa (Apêndice 3). Segundo Sampaio e Sequeira (2020), a autoimagem está relacionada com a perceção que a pessoa tem de si própria e quando alterada pode originar estados de baixa autoestima, quer situacional, quer crónica. A baixa autoestima situacional, como o próprio nome indica é uma resposta a uma situação do momento. Em contexto de internamento psiquiátrico, é comum que o impacto da doença, da medicação ou das próprias circunstâncias pessoais provoquem alterações na perceção que cada um tem de si próprio, isto diminua a sua autoestima e conseqüentemente, o autocuidado. Neste sentido, através de estratégias de valorização da imagem corporal, como incentivar os doentes a tomar banho, aplicar creme hidratante, lavar os dentes e pentearem-se, promoveu-se a sua autonomia e funcionalidade, desenvolvendo as suas competências para o quotidiano e aumentando a sua autoestima.

A promoção do autocuidado, sustenta que capacitar as pessoas para cuidarem de si próprias, melhora, para além da sua autonomia e funcionalidade, a sua qualidade de vida (Orem, 2001).

Desenvolveu-se também, com doentes com crítica para a doença, uma sessão de promoção da adesão ao regime terapêutico, pois é uma condição básica do cuidado a estas pessoas, promove a sua proteção e a prevenção e tratamento da doença mental (Fernandes, 2018).

Mantido o foco na compreensão das pessoas, nas barreiras percebidas, na ambivalência em relação ao tema, objetivos pessoais e reforço da terapêutica como um pilar fundamental da sua recuperação, promove-se uma decisão partilhada e o mais informada possível. Esta foi uma intervenção psicossocial porque influenciou os comportamentos de saúde, as rotinas e a prevenção de recaídas nestes doentes.

Podendo ser também, em simultâneo, psicoeducacional uma vez que houve recurso à literacia em saúde partilhando os benefícios, efeitos adversos, sinais de alerta e a melhor forma de adaptar um plano de seguimento. A WHO (2013) reforça que esta capacitação e empoderamento das pessoas permite a continuidade dos cuidados e Peplau (1991) considera que os cuidados centrados nas pessoas e este tipo de parcerias terapêuticas são estruturantes em ESMP.

Dentro da dimensão psicoeducacional das intervenções desenvolveu-se ainda, uma sessão de literacia em saúde (Apêndice 4) que se focou no empoderamento das pessoas e promoção do autocontrolo perante sinais de recaída.

Direcionada a doentes com diagnóstico de doença mental, que apresentavam crítica para a doença, mas com necessidade de apoio na gestão de sinais precoces de descompensação, esta sessão pretendeu fortalecer a capacidade de gestão da doença, promovendo a tomada de decisão informada sobre a própria saúde mental (OE, 2023a). Pois as pessoas devem conseguir tomar decisões de forma a assegurar a sua própria manutenção, lidando com as suas necessidades básicas e manterem-se autónomas nas suas atividades de vida diárias (Sampaio & Sequeira, 2020 mencionando ICN, 2017).

Estas atividades, descritas nos respetivos planos de sessão, foram planeadas e estruturadas de forma integrada, mobilizando dimensões psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicosociais e psicoeducacionais, incluindo objetivos terapêuticos claros, uma metodologia específica, recursos necessários e critérios para avaliação e reflexão posterior. Este planeamento permitiu desenvolver competências de avaliação, intervenção e reavaliação, em linha com a Teoria das Relações de Peplau, no qual as fases de orientação, identificação, exploração e resolução se articularam com o próprio processo de enfermagem. Cada sessão constituiu oportunidades para mobilizar o relacionamento interpessoal como instrumento terapêutico, fortalecendo a relação com os doentes e facilitando a participação ativa dos mesmos no seu processo de recuperação. As intervenções permitiram integrar teoria e prática, reforçando o desenvolvimento de aprendizagens. Ao mesmo tempo, constatou-se que, é através da relação e do envolvimento mútuo que o cuidado se torna verdadeiramente transformador (Peplau, 1991).

O estágio em contexto hospitalar consolidou não só a perceção de que o EEESMP é de facto um agente de equilíbrio entre o cuidado e o controlo dos limites e a relação, como um agente de mudança no processo de saúde-doença das pessoas

internadas no serviço de psiquiatria. Tendo sido um espaço de aprendizagem, nomeadamente na importância do julgamento clínico, na tomada de decisão ética e informada, presença terapêutica e no trabalho em equipa.

4.2. CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Esta etapa do estágio, desenvolvida em cuidados de saúde primários, nomeadamente numa UCC permitiu o contacto com diferentes pessoas, famílias e grupos, numa lógica de proximidade na intervenção ao longo do ciclo vital. Neste contexto, o papel do EEESMP é determinante na continuidade dos cuidados às pessoas com perturbação da saúde mental, bem como na monitorização do seu estado de saúde, na prevenção de recaídas, acompanhamento e ainda na promoção da funcionalidade e reintegração social.

A diversidade de contextos comunitários, como escolas, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou outros lares de idosos e casas de acolhimento, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), as visitas domiciliares e o atendimento na própria UCC, constituíram excelentes oportunidades de intervir com base nos determinantes de saúde, apoiando as pessoas, grupos e famílias nos seus próprios contextos e redes de suporte.

Neste contexto, entre as atividades realizadas destacam-se as sessões psicoeducativas, intituladas: “O meu corpo é só meu” (Apêndice 5), dirigidas a crianças em idade pré-escolar, com o objetivo de promover a consciência corporal nos elementos do grupo, o respeito pelo corpo e pelos limites e a capacidade de identificarem situações de risco prevenindo abusos, numa lógica de otimização da saúde mental.

Cada sessão foi centrada na transmissão de conhecimento, adaptado ao nível de desenvolvimento das crianças, promovendo a literacia emocional e corporal, elemento central das intervenções psicoeducativas (OE, 2018b). Recorreu-se à utilização de uma linguagem simples, materiais lúdicos como um livro e bonecos, através de estratégias participativas, facilitando o envolvimento e compreensão por parte das crianças.

A promoção da saúde mental na infância é determinante para o desenvolvimento saudável das crianças ao longo do seu ciclo vital, sendo a educação para os limites corporais um fator protetor da regulação emocional (WHO, 2013).

As sessões foram avaliadas pelas próprias crianças que no final demonstraram conhecimento acerca do assunto e recorrendo a estratégias lúdicas, por meio de

votação. De um modo geral foi possível verificar que as crianças adquiriram conhecimentos sobre limites corporais e situações de desconforto.

Adicionalmente, durante o estágio, obteve-se *feedback* de uma educadora de infância que relatou dois episódios distintos ocorridos no contexto escolar, nos quais as crianças envolvidas demonstraram capacidade para identificar situações desconfortáveis vivenciadas com colegas, bem como reconheceram a eminente violação dos seus próprios limites, solicitando ajuda a um adulto de referência. Estes episódios constituíram indicadores relevantes da apropriação dos conteúdos trabalhados em sala e do impacto da intervenção na promoção, quer da segurança, quer da saúde mental destas crianças.

Houve também oportunidade de dinamizar duas sessões de psicoeducação destinadas a grávidas e companheiro(as) (Apêndice 6), abordando aspetos emocionais da gravidez e da transição para a parentalidade, nomeadamente estratégias de gestão da ansiedade ao lidar com o bebé agitado, gestão de expectativas e adaptação ao novo papel de mãe ou pai. Este período de transição constitui uma fase de maior vulnerabilidade, exigindo a capacitação dos pais para lidar com alterações e onde interessa também normalizar algumas dificuldades, sendo o EEESMP o profissional “habilitado para intervir sempre que seja necessária a promoção da articulação entre os processos corporais, os processos psicológicos e os processos de transição (OE, 2023a).

Estas sessões foram planeadas para serem incluídas nos cursos de preparação para o parto, dinamizados na UCC por uma colega especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa lógica de parceria. Desenvolveu-se então duas sessões em dois grupos distintos, ficando o material de apoio disponível para, após término do estágio continuarem a ser dinamizadas nos próximos grupos de preparação para o parto pela EEESMP da UCC. Estabelecendo-se assim uma parceria entre a saúde mental e a saúde materna naquela instituição, com vista à melhoria contínua da qualidade, que se refletirá nos cuidados à comunidade.

Foi também desenvolvida uma sessão de educação para a saúde para cuidadores formais sobre APM e contenção no idoso, intitulada: “Cuidar com respeito e dignidade” (Apêndice 7).

Foram realizadas duas apresentações em lares de idosos diferentes, com o intuito de capacitar os cuidadores destes locais sobre a gestão humanizada da APM em pessoas idosas institucionalizadas e sensibilização sobre a utilização de medidas de

contenção de forma consciente, com vista à otimização da saúde mental daqueles idosos. Após observação, em visitas domiciliárias e contacto direto com as instituições, por parte de toda a equipa de enfermagem, e após uma reflexão em grupo numa reunião semanal, concordou-se em unanimidade, que a dificuldade dos cuidadores em lidar com situações de agitação, agressividade e resistência nos idosos, principalmente com demência, era uma preocupação emergente.

Para além disso verificou-se também mais utilização e pouco adequada dos equipamentos de contenção por parte dos profissionais nestas instituições. O Parecer n.º37/2025 da OE reforça que a contenção, quando utilizada sem uma avaliação rigorosa, sem carácter excecional e sem monitorização contínua, pode comprometer a dignidade, a segurança e os direitos das pessoas, sublinhando o papel dos EEESMP na promoção de boas práticas (OE, 2025).

Perante esta realidade, foram dinamizadas, como já foi referido, duas sessões psicoeducativas interativas, com recurso à apresentação multimédia, demonstração da utilização do material e partilha de casos, abordando: o conceito de APM e fatores precipitantes, estratégias não farmacológicas de desescalada através da comunicação, adaptadas à realidade dos cuidadores destes lares, cuidados centrados na dignidade e respeito, aspetos legais e éticos da contenção e alternativas seguras de atuação. Esta intervenção revestiu-se também de um carácter socio terapêutico pois teve o objetivo de modificar as dinâmicas relacionais e ambientais dos espaços, mobilizando as características dos contextos e a dinâmica do próprio grupo de profissionais (OE, 2018b) em torno da implementação de melhores práticas, adaptação de estratégias e promoção da dignidade dos idosos.

Durante as sessões foi possível observar interesse e envolvimento dos participantes. Muitos partilharam experiências pessoais, refletindo sobre as suas práticas e reconhecendo a importância de agir com calma e empatia. Através da utilização de metodologias participativas, promoveu-se a reflexão crítica e o *empowerment* destes profissionais, tal como defendido no Documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

Após a concretização das sessões, foi feita uma avaliação qualitativa do impacto, através de uma interação em grupo com os participantes e da *gamificação*, com a aplicação de um questionário digital. Verificou-se uma mudança positiva nas atitudes e perceções face à contenção física e mecânica. Esta avaliação reforçou a importância

da educação em saúde mental como ferramenta transformadora, capaz de gerar consciência ética, prevenir práticas coercivas e promover o respeito pela dignidade da pessoa.

Todos os cuidadores referiram que a temática foi pertinente, tendo alguns relatado que se sentiam impotentes e frequentemente recorriam a estratégias de imobilização (inadequadas), muitas vezes motivados pelo medo ou desconhecimento e que após a sessão se sentiam mais esclarecidos e mais capazes de mobilizar os contributos para o dia-a-dia.

Foi disponibilizado um cartaz (Apêndice 8) para ficar nas instituições com um resumo da sessão, de forma a resumir a informação transmitida e dar continuidade à consciencialização para as boas práticas.

Posteriormente, a sessão foi apresentada à equipa de enfermagem da UCC, tendo como objetivo disseminar e promover o conhecimento e a promoção da sustentabilidade e continuidade do projeto, permitindo a sua replicação noutros contextos comunitários.

Estas sessões assumiram particular relevância por articular a experiência hospitalar com a experiência comunitária, tendo sido partilhados conhecimentos adquiridos sobre a gestão da APM, procurando promover a continuidade dos cuidados e a disseminação de boas práticas junto da comunidade.

A continuidade e dinamização deste projeto vai ser assegurada pela EEESMP da UCC

A APM no idoso está frequentemente associada a fatores relacionais e ambientais, sendo prioritária a abordagem preventiva (Baldaçara et al., 2021). A identificação das necessidades de formação são uma responsabilidade de toda a equipa de enfermagem, nomeadamente do EEESMP, que se pode afirmar como agente de mudança e promotor da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

No âmbito da saúde mental em contexto comunitário, foi possível, com estes projetos, promover a literacia em saúde mental e apoiar a recuperação psicossocial, em estreita articulação com as equipas da comunidade, como estabelecimentos de ensino, lares, associações e outras instituições. Integrar esta equipa durante o estágio permitiu reconhecer a importância do seu carácter intersectorial e da importância da continuidade de cuidados, pilares fundamentais da Reforma dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (Diário da República, 2023).

No decurso do estágio, houve também oportunidade de acompanhar pessoas com doença mental em consulta especializada de Enfermagem. Permitindo uma abordagem individualizada e orientada para a continuidade dos cuidados, estas consultas constituíram um espaço privilegiado para a avaliação do estado mental, monitorização da adesão ao regime terapêutico, identificação precoce de sinais de descompensação da doença e reforço de estratégias de *coping* ajustadas às necessidades de cada pessoa, numa lógica de recuperação e otimização da sua saúde.

Durante as consultas foi possível realizar uma avaliação das várias dimensões das pessoas: emocional, comportamental e relacional, bem como os fatores contextuais e de suporte social, integrando a informação recolhida na planificação de intervenções adequadas.

A relação terapêutica assumiu um papel central favorecendo a escuta ativa, a clarificação de dúvidas, a validação do outro e a promoção da participação da pessoa no seu processo de saúde-doença.

Neste seguimento, a comunicação terapêutica foi utilizada de forma intencional, permitindo aprofundar a compreensão da experiência do outro, apoiar a expressão emocional e facilitar a construção de significados, com a pessoa, em torno do seu processo de saúde-doença.

Através de estratégias terapêuticas como o silêncio terapêutico, a reformulação, a clarificação e validação, foi possível fortalecer a relação terapêutica.

Tal como defende Coelho (2015), a comunicação terapêutica em Enfermagem constitui um processo intencional que vai além da transmissão de informação, assumindo-se como um instrumento essencial no processo de cuidados.

Estas intervenções permitiram apoiar as pessoas na gestão da doença mental no quotidiano, promovendo a sua autonomia, a responsabilização e a tomada de decisões mais informadas, contribuindo para a prevenção de recaídas. Em algumas situações, e pela necessidade identificada, foi também possível articular com outros elementos da equipa de saúde e com recursos comunitários, assegurando uma resposta mais ajustada.

O papel do EE na comunidade caracteriza-se pela sua atuação integrada e relacional, que vai além da prevenção primária existente, à promoção do bem-estar psicológico, à reabilitação e ao suporte no autocuidado, em parceria com a pessoa ou cuidadores no seu contexto de vida (OE, 2021; Stuart, 2012).

Conforme preconiza a OE (2018b) os cuidados de Enfermagem especializados devem ser orientados para a promoção do bem-estar psicológico e social, potenciando a autonomia e a participação ativa das pessoas nos seus processos de saúde. Foi possível, enquanto futura EEESMP, assumir o papel de facilitadora de redes de suporte, promover a autonomia, o sentido de pertença e o empoderamento na comunidade.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

A componente clínica do MESMP constituiu uma etapa determinante no desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que me permitiu integrar saberes teóricos, técnicos e éticos na *práxis*, e refletir sobre o meu papel enquanto futura EEESMP.

O contributo de ter feito estágio em dois contextos tão distintos numa vivência integrada de ambos os serviços, permitiu-me consolidar as Competências de Mestre, de acordo com os descritores de Dublin, as Competências Comuns para o EE e as Específicas para o EEESMP definidas pela OE.

Os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 515/2018, emitidos pela OE, constituíram os referenciais estruturantes deste processo, bem como o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto e o QQ-EEES, emitido pela Comunidade Europeia em 2008, que estabelece que o mestrado é o segundo ciclo de estudos. Simultaneamente faz referência à transição de “um ensino baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de competências” (Diário da República, 2006, p. 2243). As Competências de Mestre estão descritas no QQ-EEES com base nos Descritores de Dublin, aprovadas aquando do Processo de Bolonha e referem as cinco dimensões seguintes: “conhecimento e capacidade de compreensão”, “aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão”, “realização de julgamento/ tomada de decisões”, “comunicação” e “aptidões para a aprendizagem” (Comunidade Europeia, 2008, p.10).

Os regulamentos enunciados anteriormente definem, respetivamente, as Competências Comuns do EE, alicerçadas na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). E o segundo regula as Competências Específicas do EEESMP, sublinhando o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência individual enquanto profissional, a assistência à pessoa, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental, na intervenção especializada na recuperação da saúde mental e na prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

Estas últimas serão elementos norteadores para o desenvolvimento da análise crítico-reflexiva.

5.1. DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONHECIMENTO E DA CONSCIÊNCIA PESSOAL E PROFISSIONAL

O Desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência pessoal e profissional constitui uma dimensão transversal a todo o percurso de estágio, assumindo-se como fundamento da prática especializada em ESMP. Esta competência, articula-se diretamente com as Competências Comuns do EE relativas à responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019), bem como com os descritores de Dublin associados ao julgamento, tomada de decisão e aprendizagem reflexiva.

A supervisão clínica desempenhou um papel fundamental e estruturante neste processo. O espaço de diálogo e reflexão com os Enfermeiros Orientadores constituiu momentos facilitadores de crescimento emocional e ético com base nas experiências vividas. Após situações de grande exigência ou decisões complexas, o *debriefing* permitiu-me compreender os meus sentimentos, reconhecer limites e transformar a experiência em consciência profissional. Esta prática reflexiva sob supervisão insere-se no quadro da supervisão clínica em Enfermagem de saúde mental, entendida como um processo sistemático e relacional que visa apoiar o enfermeiro na compreensão das suas ações (OE, 2023b). O GOBPIPE destaca o processo reflexivo supervisionado como uma oportunidade estruturada de transformar a experiência vivida em conhecimento, promovendo o desenvolvimento das competências e o reforço da identidade profissional do enfermeiro (OE, 2023b).

O regulamento n.º 140/2019 identifica, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a importância do autoconhecimento, da reflexão crítica sobre a prática e da aprendizagem ao longo da vida (OE, 2019). Neste sentido, procurei aprofundar continuamente os meus conhecimentos teóricos e basear a prática na evidência. Consultei artigos, diretrizes e estudos internacionais sobre várias temáticas e aprofundei particularmente a gestão da APM, integrando essa pesquisa no planeamento e na execução das intervenções, culminando com a realização de uma SR para a elaboração deste relatório. Tal como preconizado no regulamento n.º 140/2019, o EE deve basear a sua prática na evidência científica e promover o seu desenvolvimento profissional e dos colegas (OE, 2019).

As experiências vividas ao longo dos dois contextos de estágio reforçaram a consciência de que a prática especializada é simultaneamente técnica e relacional, exigindo constante presença, escuta ativa, empatia e capacidade de regulação

emocional. O confronto com situações de grande vulnerabilidade humana exigiu uma reflexão contínua sobre as minhas emoções, os limites da minha ação, as minhas atitudes e reações enquanto profissional. Este exercício permitiu-me reconhecer a influência do meu mundo interno na relação terapêutica, compreender a importância de manter uma boa gestão emocional e desenvolver uma postura consciente, empática e assertiva na interação com as pessoas.

A “Psiquiatria do Estilo de Vida”, reforça a importância do autocuidado e da regulação emocional dos profissionais de saúde mental, salientando que a prática terapêutica eficaz requer equilíbrio entre o compromisso com o outro e cuidar de si (Carvalho, Lafer, & Schuch, 2021).

Nesse sentido, a supervisão e a reflexão ajudaram a desenvolver estratégias pessoais de autocuidado, reconhecendo a minha própria vulnerabilidade e prevenindo desgaste emocional.

A articulação entre esta dimensão e as Competências de Mestre foi particularmente evidente nas dimensões dos descritores de Dublin relacionadas com as aptidões para a aprendizagem, como a autoaprendizagem e com o julgamento e tomada de decisões, uma vez que refletir criticamente sobre a ação, integrar a evidência e regular as respostas emocionais em contextos complexos exigiu autonomia, maturidade e pensamento crítico da minha parte.

5.2. ASSISTÊNCIA À PESSOA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADES NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental constitui uma dimensão central da prática desenvolvida, particularmente no contexto comunitário, onde a intervenção do EEESMP assume um carácter preventivo, capacitador e promotor da autonomia. Esta dimensão articula-se com as Competências Específicas definidas pela OE, bem como com as Competências Comuns relativamente à promoção da qualidade e gestão dos cuidados (OE, 2019), e com os descritores de Dublin associados à aplicação do conhecimento e à comunicação.

Em contexto hospitalar, a otimização da saúde mental foi promovida através da planificação e dinamização de atividades estruturadas, como por exemplo relaxamento muscular progressivo, sessões de expressão artística e psicoeducação, que favoreceram a literacia em saúde mental, a comunicação interpessoal, regulação

emocional e o fortalecimento do *locus* de controlo interno, deixando as pessoas mais capacitadas para o autocuidado e para a participação ativa no processo de saúde-doença (Peplau, 1991; Payne, 2009; OE, 2023b). A construção destas intervenções exigiu avaliação das necessidades, definição de objetivos, seleção de estratégias adequadas e avaliação de resultados, mobilizando a integração entre a teoria e a prática.

No contexto comunitário, a otimização da saúde mental assumiu um carácter mais preventivo e de *empowerment* das pessoas, famílias, grupos e comunidades, centrado no fortalecimento de recursos individuais e coletivos. A adaptação das estratégias de avaliação e intervenção aos diferentes grupos etários e contextos sócio-culturais reforçou a importância de uma prática sensível às especificidades da região e das redes de suporte existentes.

As sessões psicoeducativas dirigidas a crianças em idade pré-escolar, a grávidas, e a cuidadores formais nas ERPI, constituíram exemplos de intervenção orientada para a promoção do bem-estar, prevenção de risco e aumento de competências pessoais e relacionais. Ao nível das Competências Comuns (OE, 2019), esta dimensão implicou, de forma transversal, uma comunicação clara, intervenção centrada na pessoa e respeito pelos direitos humanos, garantindo práticas éticas e seguras.

Ao nível das Competências de Mestre, tornou-se evidente a necessidade de aplicar conhecimento em contextos complexos, integrar informação de diferentes fontes e comunicar de forma adequada para públicos diversos, como crianças, adultos e equipas de saúde.

5.3. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo transversal a todo o meu percurso formativo, refletindo o compromisso da ESMP com a dignidade e liberdade da pessoa com doença mental (OE, 2019; OE, 2018b), o EE, desenvolve a sua prática, reconhecendo que o exercício da autonomia pode coexistir com a vulnerabilidade.

Durante o estágio hospitalar, deparei-me com situações de internamento involuntário, reguladas pela LSM, que prevê a restrição da liberdade para proteção da

própria pessoa ou de terceiros (Diário da República, 2023). Estas situações exigiram a mobilização integrada de competências éticas e legais, traduzidas numa análise contínua do risco, na ponderação entre a proteção da pessoa e o respeito pela sua autonomia e dignidade, cem como na tomada de decisões fundamentadas nos princípios da proporcionalidade, necessidade e segurança (Diário da República, 2023; OE, 2015).

Recordo um episódio particularmente marcante em que uma pessoa internada involuntariamente apresentou comportamentos desorganizados e agressivos que colocavam em risco a sua integridade, a dos outros doentes e da equipa. A decisão de aplicar contenção mecânica foi ponderada em equipa, fundamentada na avaliação de risco e realizada de acordo com princípios éticos e legais previstos na lei.

Após estabilização, a situação foi documentada, garantindo o cumprimento dos padrões de qualidade e reavaliada constantemente para que não se estendesse no tempo para além do estritamente necessário (Diário da República, 2023).

Esta experiência levou-me a refletir sobre a dimensão ética e o papel do EE como mediador entre o direito à liberdade e a necessidade terapêutica.

A OE sublinha, através da Deontologia Profissional de Enfermagem, que proteger a autonomia também é defender os direitos, direitos estes que não se extinguem por alterações da situação de saúde (OE, 2015b).

Manzano-Bort et al., (2021) defendem que os enfermeiros valorizam o *dibriefing* após vivência de situações coercivas, como momento-chave para a aprendizagem. Durante o estágio, a reflexão pós ação constituiu um instrumento que reforçou a minha segurança nos cuidados prestados e a gestão emocional na prática.

A articulação com os descritores de Dublin, nomeadamente o julgamento e a tomada de decisão foram evidentes pela necessidade de integrar conhecimento teórico, enquadramento legal e princípios éticos, assumindo responsabilidade por decisões em contextos complexos.

A monitorização, o acompanhamento em consulta e o suporte às pessoas e famílias, em contexto comunitário, permitiram-me intervir sobre fatores que influenciam a adesão ao tratamento, a prevenção de recaídas e a recuperação ou manutenção da funcionalidade, reforçando a importância de cuidados de proximidade articulados com redes formais e informais.

O EE tem um papel fundamental na coordenação da equipa, integrando diferentes perspetivas e assegurando coerência nos planos terapêuticos. As reuniões

clínicas e os momentos de discussão de casos foram espaços de aprendizagem sobre a importância da liderança partilhada e da comunicação efetiva, competências centrais do domínio das Competências Comuns do EE.

O contacto com a realidade comunitária ampliou esta visão ao articular os cuidados prestados em contexto escolar, de lares de idosos e outras instituições da mesma área geográfica, nomeadamente na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A gestão dos cuidados em saúde mental é também uma gestão de redes de relações, que envolve planear, negociar, adaptar e coordenar recursos, sempre com o objetivo de garantir a melhor acessibilidade às pessoas, continuidade e equidade nos cuidados.

Este domínio está intimamente relacionado com os princípios do *Quality and Safety Education for Nurses*, que definem a qualidade e a segurança como responsabilidades nucleares de todos os profissionais de Enfermagem (Vana, 2023). A competência de melhoria da qualidade implica o uso sistemático de indicadores, a monitorização dos resultados e a incorporação da evidência científica nos processos de tomada de decisão.

A gestão e a qualidade não se esgotam nos cargos de chefia, ou administração, mas constituem um compromisso ético do enfermeiro com a segurança, a dignidade e o bem-estar da pessoa cuidada.

5.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SOCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos psicossociais e psicoeducacionais constituem uma expressão concreta da prática especializada em ESMP, traduzindo-se na utilização consciente da relação terapêutica como instrumento central do cuidado.

Esta dimensão permitiu integrar conhecimentos teóricos, competências técnicas e atitudes em consonância com a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e com o Perfil de Competências do EEESMP.

A avaliação e o diagnóstico de Enfermagem em saúde mental não se limitam à identificação de sintomas, mas integram o significado subjetivo da experiência e o modo como a pessoa se relaciona consigo, com os outros e com o mundo (OE, 2018b). O planeamento de intervenções implicou integrar os dados recolhidos com o

conhecimento teórico, privilegiando uma abordagem centrada na pessoa e não apenas no seu diagnóstico.

Garantir o sucesso terapêutico implica cuidar da totalidade da pessoa e assegurar que ela é o centro do processo de cuidados (Coelho, 2015).

A prática desenvolvida integrou intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, socio terapêuticas e psicoeducacionais ajustadas às necessidades identificadas. Intervenções como escuta ativa, aconselhamento, intervenção em crise e gestão da APM, bem como, atividades de mediação artística-expressiva permitiram fortalecer o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a utilização consciente da relação terapêutica enquanto instrumento central do cuidado, promovendo a autorregulação emocional dos doentes, *insight* para a doença e o potencial de recuperação (Peplau, 1991; Payne, 2009; OE, 2023b).

A melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados estiveram também implicados nesta competência. A documentação sistematizada, sustentada pelo Padrão de Documentação em ESMP, revelou-se um instrumento facilitador da segurança, continuidade e visibilidade do raciocínio clínico (OE, 2015).

A nível comunitário, o projeto “Agitação e Contenção no Idoso: Cuidar com Respeito e Dignidade” constituiu-se numa intervenção planeada com diagnóstico de necessidades, planeamento, implementação e avaliação, permitindo a continuidade dos cuidados após a apresentação à equipa. Este processo reforçou a compreensão de que a qualidade é um processo coletivo, dependente de partilha, colaboração e envolvimento.

A articulação com os descritores de Dublin foi evidente ao longo desta dimensão, pois as intervenções exigiram conhecimento e compreensão, aplicação desse conhecimento na prática, pensamento crítico e tomada de decisões, comunicação eficaz com as pessoas e grupos e autoaprendizagem contínua. Demonstrando ao mesmo tempo, que as intervenções não são apenas técnicas aplicadas, mas a expressão de uma prática especializada que integra ciência, ética e relação.

6. CONCLUSÃO

O Presente relatório refletiu um percurso formativo, exigente e profundamente significativo, desenvolvido no âmbito da componente clínica do MESMP.

A sua elaboração permitiu integrar, de forma crítica e reflexiva, os saberes mobilizados ao longo do estágio, em contexto hospitalar e contexto comunitário, evidenciando a complexidade da prática especializada em ESMP e o papel do EEESMP na resposta às necessidades da pessoa com doença mental.

O enquadramento teórico-conceitual possibilitou clarificar os fundamentos que sustentam a prática da ESMP, com destaque para o conceito de saúde mental, a centralidade na pessoa no processo de cuidados e a relevância da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, enquanto referencial teórico da intervenção especializada.

A abordagem à pessoa com APM, enquanto fenómeno clínico complexo e multifatorial, permitiu compreender os riscos associados, os fatores precipitantes e a necessidade de intervenções precoces, proporcionais e humanizadas ancoradas no respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa.

A realização da SR revelou-se um exercício fundamental de mapeamento da produção científica existente no domínio da intervenção do EEESMP à pessoa com APM, no entanto, a análise evidenciou uma escassez de estudos especificamente centrados na intervenção do EE.

Esta constatação reforça a necessidade de desenvolvimento de investigação futura que explore, de forma mais consistente, o impacto das intervenções de Enfermagem especializadas.

Assim, a SR, mais do que apresentar conclusões definitivas, permitiu identificar oportunidades de produção de conhecimento e reafirmar a relevância do contributo da Enfermagem no campo da investigação.

A caracterização dos contextos da prática evidenciou a complementaridade entre o internamento e a comunidade, permitindo compreender a importância da continuidade de cuidados como eixo estruturante da organização dos serviços de saúde mental atualmente em Portugal. A diversidade de pessoas e situações acompanhadas constituiu uma oportunidade privilegiada para desenvolver intervenções ajustadas às necessidades individuais, familiares, grupais e comunitárias, ao longo do ciclo vital.

No capítulo dedicado às atividades desenvolvidas foi possível demonstrar a amplitude e complexidade da intervenção especializada em saúde mental, através do

desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência individual enquanto profissional, a assistência à pessoa, família, grupos e comunidades na otimização da saúde mental, a intervenção especializada na recuperação da saúde mental e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

A reflexão sobre o desenvolvimento de competências constituiu um eixo transversal a todo o percurso, integrando as Competências de Mestre, as Competências Comuns do EE e as Competências Específicas do EEESMP.

Este processo permitiu consolidar o pensamento crítico, a tomada de decisão em contextos complexos, a capacidade de autoaprendizagem e a responsabilidade ética, contribuindo para a construção de uma identidade profissional mais consciente, reflexiva e fundamentada.

Entre os fatores facilitadores deste percurso destacam-se a supervisão clínica, o apoio das equipas, a diversidade das experiências vividas e o contacto permanente com a prática, que favoreceram a reflexão crítica e o crescimento profissional.

As principais dificuldades relacionaram-se com a gestão emocional em situações de elevada exigência clínica, nomeadamente na abordagem à pessoa com APM e a utilização de medidas coercivas. Estas dificuldades foram progressivamente ultrapassadas através da reflexão supervisionada, do *debriefing*, do desenvolvimento do autoconhecimento e da consolidação de uma prática baseada na evidência científica.

Este relatório assume assim relevância para a prática clínica, ao sistematizar e fundamentar intervenções especializadas em saúde mental; para o ensino enquanto instrumento de reflexão e aprendizagem e para a investigação ao evidenciar a necessidade de mais produção científica, centrada na intervenção do EE, em particular na gestão dos episódios de APM.

Projeta-se, para o futuro, um percurso profissional assente numa prática especializada, eticamente comprometida e orientada para a promoção da saúde mental, da recuperação e da inclusão psicossocial das pessoas.

Consolidar esta identidade profissional enquanto futura EEESMP implica reconhecer que o cuidar é um processo profundamente humano, que requer presença, escuta ativa, reflexão e responsabilidade. É na relação terapêutica que se encontra o núcleo transformador do cuidar em ESMP, constituindo-se como o alicerce que orienta e dá sentido à prática clínica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). *The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability*. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284-1296. <https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- Baldaçara, L. (2021). *Agitação Psicomotora* (Vol. 1). ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Battaglia, J. (2005). Pharmacological Management of Acute Agitation: *Drugs*, 65(9), 1207–1222. <https://doi.org/10.2165/00003495-200565090-00003>
- Caldeira, F. S. F. (2025). *Desenvolvimento de Competências Especializadas em Saúde Mental e Psiquiátrica* [Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.]. <http://hdl.handle.net/10400.26/58394>
- Cheung, D. S. K., Tse, H. Y. J., Lee, P. H., Ho, K. H. M., Bai, X., & Lai, C. K. Y. (2025). Individualized Music Playlist Based on Iso-Principle for De-Escalating Agitation of People With Dementia: A Randomized Controlled Feasibility Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(4), e70070. <https://doi.org/10.1002/gps.70070>
- Coelho, M. T. (2015). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. [Universidade do Porto.]. <https://hdl.handle.net/10216/82004>
- Comissão Europeia. (2008). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República: Série I-A, n.º 60/2006 de 2006-03-24, 2242 – 2257*

Fernandes, D. (2018). *A importância da adesão ao regime terapêutico em pessoas com perturbação mental* [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/30666>

Gaynes, B. N., Brown, C., Lux, L. J. (2016). *Strategies to de-escalate aggressive behavior in psychiatric patients* (Comparative Effectiveness Reviews No. 180). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379399/>

Holloman, G., & Zeller, S. (2012). Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1–2. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>

International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Isaac, V., Kuot, A., Hamiduzzaman, M., Strivens, E., & Greenhill, J. (2021). The outcomes of a person-centered, non-pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia in Australian rural nursing homes. *BMC Geriatrics*, 21(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02151-8>

Kumar, S., Shanbhag, A., Burhan, A. M., Colman, S., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Kim, D., Ma, C., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Woo, V. L., Davies, S. J. C., & Rajji, T. K. (2022). Impact of standardizing care for agitation in dementia using an integrated care pathway on an inpatient geriatric psychiatry unit. *International Psychogeriatrics*, 34(10), 919–928. <https://doi.org/10.1017/S1041610222000321>

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023 da Assembleia da República. *Diário da República: Série I, n.º 141/2023 de 2023-07-21, 2 - 23*

Lei n.º 36/98 de 24 de julho de 1998 da Assembleia da República. *Diário da República: Série I-A, n.º 169/1998 de 1998-07-24, 3544 – 3550.*

Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2024). Mental health nurses' attitudes towards mental illness and recovery-oriented practice in acute inpatient psychiatric units: A non-participant observation study *International Journal of Mental Health Nursing*, doi: 10.1111/inm.13152. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(1), 189–191. <https://doi.org/10.1111/inm.13224>

Manning, T., Bell, S. B., Dawson, D., Kezbers, K., Crockett, M., & Gleason, O. (2022). The Utilization of a Rapid Agitation Scale and Treatment Protocol for Patient and Staff Safety in an Inpatient Psychiatric Setting. *Psychiatric Quarterly*, 93(3), 915–933. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10001-y>

Mantovani, C. (2024). O desafio da agitação psicomotora na prática clínica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 57(1). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221903>

Manzano-Bort, Y., Mir-Abellán, R., Via-Clavero, G., Llopis-Cañameras, J., Escuté-Amat, M., & Falcó-Pegueroles, A. (2022). Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15–16), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/jocn.16027>

Marques, M., Bessa, A., Neves, G., Santos, L. & Carvalho, S. (2015). Assessment of the risk of violence in portuguese psychiatric settings using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*.

Miller D. D. (2004). Atypical antipsychotics: sleep, sedation, and efficacy. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 2), 3–7.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia orientador de boas práticas de Enfermagem de saúde mental de ligação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 37/2025*. Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª Ed). St. Louis Mosby.

Orientação nº 021/2011 de 06 de junho de 2011 do Ministério da Saúde. *Direção-Geral da Saúde: nº 021/2011 de 06/06/2011*.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Payne, R. A., (2009). *Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional* (4th ed.). Churchill Livingstone Elsevier.

Payne, R. A., Donaghy, M., Bellamy, K., Ribeiro, S., & Bastos, J. (2000). *Técnicas de relaxamento*. Lusociência.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Raveesh, B., Gowda, G., & Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(10), 693. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_104_19

Ribeiro, H. P., & Ponte, A. (2018). *Urgências psiquiátricas*. Lidel.

Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., & Ng, A. (2012a). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., & Ng, A. (2012b). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. M. C. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Stuart, G. W. (2012). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. Artmed Editora.

Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em Saúde Mental: Da Conceção à Ação. Atividade Psicomotora e Comportamento Auto e Heteroagressivo*. Escola Superior de Saúde de Leiria.

Vana, P. K., Vottero, B. A., & Altmiller, G. (2023). *Quality and Safety Education for Nurses, Third Edition: Core Competencies for Nursing Leadership and Care Management* (3rd ed.). Springer Publishing Company.

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised Edition). University Press of Colorado.

Woods, P., & Ashley, C. (2007). Violence and aggression: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 652–660. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01149.x>

World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint WHO Qualityrights specialized training*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/db2e8c2f-3b07-4714-a214-79278264f7af/content>

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2030: Flyer for Member States*. World Health Organization.

Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M. do C., Domingos, P., Gago, J., Correia, T. M., Marques, C., Marques, M. J., Pires, A. M., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., & Silva, F. S. e. (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação. Em *Avier M: Vol. Barreto H* (p. Ministério da Saúde.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1N9A-YB44>

Zeller, S. L., & Rhoades, R. W. (2010). Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clinical Therapeutics*, 32(3), 403–425. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2010.03.006>

Zun, L., Wilson, M. P., & Nordstrom, K. (2017). Treatment Goal for Agitation: Sedation or Calming. *Annals of Emergency Medicine*, 70(5), 751–752. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.06.017>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Plano de Sessão – Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo

Título da Sessão:

"Relaxamento Muscular Progressivo como Estratégia de Regulação Emocional".

Duração:

30 minutos

População:

Pessoas internadas em unidade de agudos, com sintomas de ansiedade identificados.

Contextualização:

Durante o internamento em contexto de saúde mental, é frequente o aparecimento ou agravamento de estados de ansiedade, associados ao diagnóstico, efeitos da medicação, convivência com os outros doentes internados e/ou dinâmicas do serviço. A técnica de relaxamento muscular progressivo, originalmente descrita por *Jacobson* e desenvolvida em contexto clínico por vários autores, tem demonstrado eficácia na regulação emocional, melhoria do sono e diminuição da sintomatologia ansiosa (Sampaio e Sequeira, 2020). Segundo Payne et al, 2009, esta técnica permite combinar o contraste entre as sensações de tensão e relaxamento em vários grupos musculares. Demonstrando benefícios diretos nos doentes com ansiedade, humor depressivo e sono comprometido.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Promover a diminuição da ansiedade e o bem-estar emocional através de uma técnica de relaxamento que pode ser replicada pelos doentes de forma autónoma.

Objetivos Específicos:

1. Reduzir o nível de ansiedade dos participantes.
2. Ensinar uma técnica de relaxamento que possa ser reutilizada autonomamente.
3. Proporcionar uma experiência de cuidado e perceção do corpo e das emoções.
4. Estimular a perceção da diferença entre estados de tensão e relaxamento.

Metodologia:

A sessão está construída para ser desenvolvida em grupo, com vários participantes sentados em local calmo e confortável. Será utilizada a técnica de relaxamento muscular progressivo, guiada verbalmente, promovendo a contração e o relaxamento sequencial de vários grupos musculares. Inclui uma breve explicação inicial sobre o objetivo do relaxamento e as possíveis aplicações no dia-a-dia, seguida de um exercício prático guiado e finalizada com uma pequena reflexão.

Estrutura da Sessão e Intervenções:**1. Acolhimento e enquadramento breve da sessão**

- Introduzir o que é o relaxamento muscular progressivo.
- Dar uma breve explicação da importância da ligação entre o corpo-emoção.
- Criar um ambiente seguro e acolhedor.

2. Exercício prático de relaxamento muscular progressivo

- Conduzir de forma verbal a sessão de relaxamento, seguindo a sequência: pés, pernas, abdómen, mãos, braços, ombros, pescoço, cabeça, rosto.
- Focar a utilização de uma respiração consciente através da condução verbal.

3. Reflexão final/ Partilha

- Facilitar um momento de partilha voluntária sobre como se sentiram.
- Permitir a utilização do polvo reversível para avaliação da sessão.
- Reforçar a possibilidade de usarem a técnica fora da sessão, no dia-a-dia.

Recursos e Materiais

- Sala com sofás e/ou cadeiras confortáveis.
- Coluna para colocação de música.
- Recurso lúdico para avaliação: polvo reversível.

Avaliação da Sessão

Utilização de um recurso lúdico: um polvo reversível com duas expressões faciais (triste/feliz), permitindo aos participantes identificarem visualmente o seu estado emocional no final da sessão.

Referências Bibliográficas

Sequeira, C., & Sampaio, F. M. C. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Payne, R. A., (2009). *Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional* (4th ed.). Churchill Livingstone Elsevier.

APÊNDICE 2

Plano de Sessão – Expressão Artística

Título da Sessão:

"O Papel das Máscaras no Nosso Dia a Dia".

Duração:

40 a 50 minutos

População:

Doentes internados na psiquiatria com sintomatologia ansiosa, mas com *insight* para a doença e capacidade para autorreflexão e partilha em grupo.

Contextualização:

A sessão surge no âmbito do processo terapêutico de autoconhecimento e *insight* sobre a doença mental, procurando explorar a discrepância entre o eu que sentimos e o eu que mostramos.

Esta técnica pressupõe o uso de mediadores artístico-expressivos, por exemplo de expressão plástica, com um objetivo terapêutico (Caldeira, 2025).

A metáfora da máscara é frequentemente usada para facilitar a verbalização de emoções, conflitos internos e mecanismos de defesa. Através da expressão plástica, esta atividade permite aos participantes exteriorizar sentimentos de forma simbólica, promovendo a reflexão sobre o papel das “máscaras” que utilizam no seu quotidiano – seja por proteção, adaptação ou para ocultar o sofrimento.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Promover o autoconhecimento e o *insight* através da expressão artística, facilitando a tomada de consciência.

Objetivos Específicos:

5. Estimular a reflexão sobre a imagem que se transmite aos outros em contraste com a vivência interna.
6. Promover o diálogo em grupo a partir da partilha simbólica da produção artística.

7. Reforçar a aceitação pessoal e a identificação de estratégias de regulação emocional.

Metodologia:

Sessão em grupo com introdução teórica breve ao conceito da “máscara”, seguida de uma atividade prática de pintura. Cada participante recebe uma folha com a silhueta de um rosto dividida ao meio:

- Numa metade, ilustraram como se sentem verdadeiramente.
- Na outra metade, representaram a “máscara” que normalmente mostram ao mundo.

Após a realização, será promovido um momento de partilha voluntária das interpretações e sentimentos associados à criação.

Recursos e Materiais

- Sala com cadeiras e mesas de apoio.
- Folhas com silhueta de um rosto dividido ao meio.
- Material de pintura: lápis, lápis de cera e canetas.
- Questionário para avaliação.

Avaliação da Sessão

Observação dos comportamentos durante e após a sessão.

Preenchimento de um questionário de resposta fechada.

Referências Bibliográficas

Caldeira, F. S. F. (2025). *Desenvolvimento de Competências Especializadas em Saúde Mental e Psiquiátrica* [Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.]. <http://hdl.handle.net/10400.26/58394>

APÊNDICE 3

Plano de Sessão – Imagem Corporal e Autoimagem

Título da Sessão:

" Cuidar de Mim: Autoimagem e Autoestima".

Duração:

30 minutos

População:

Duas utentes do sexo feminino, com baixa autoestima situacional.

Contextualização:

Segundo Sampaio e Sequeira, 2020, a autoimagem está relacionada com a perceção que a pessoa tem de si própria. Quando alterada pode originar estados de baixa autoestima, quer situacional, quer crónica. A baixa autoestima situacional, como o próprio nome indica é uma resposta a uma situação atual.

Em contexto de internamento psiquiátrico, é comum que o impacto da doença, da medicação ou das próprias circunstâncias pessoais provoquem alterações na perceção que cada um tem de si próprio e isto diminua o autocuidado. A baixa autoestima situacional, surgindo como resposta aos eventos já descritos, pode ser trabalhada através de estratégias simples, como a valorização da imagem corporal e o incentivo à expressão individual de cada um.

Sendo que a promoção do autocuidado, sustenta que capacitar as pessoas para cuidarem de si próprias, melhora, para além da sua autonomia e funcionalidade, a sua qualidade de vida (Orem, 2001).

Objetivos:

Objetivo Geral:

Promover o fortalecimento da autoestima através da valorização da imagem corporal e da autoimagem.

Objetivos Específicos:

8. Estimular a consciência corporal e o cuidado com a imagem.
9. Incentivar a ligação positiva com o espelho e com o próprio reflexo.

10. Criar um momento de bem-estar e valorização pessoal.
11. Promover a expressão emocional e a reflexão sobre o autocuidado.

Metodologia:

A sessão está planeada para um espaço calmo, com ambiente acolhedor, de forma a trabalhar diretamente com duas doentes, mas ao mesmo tempo conseguir dar atenção individualmente a cada uma delas. Será disponibilizado um espelho, produtos simples de higiene e beleza (como creme e escova) e orientações simples para se observarem, cuidarem do rosto e do cabelo.

Durante o momento, serão incentivadas a descrever como se sentem com a experiência em si. No final, cada uma terá oportunidade de partilhar verbalmente a sua perceção e responder a um pequeno questionário de avaliação.

Estrutura da Sessão e Intervenções:**1. Boas-vindas e introdução**

- Fazer uma breve conversa sobre o tema da autoestima e como às vezes deixamos de cuidar de nós.
- Usar uma frase de incentivo: “Hoje vamos cuidar de nós — e ver como isso nos faz sentir.”

2. Atividade de autocuidado

- Promover a lavagem e hidratação do rosto.
- Facilitar os cuidados com o cabelo, como pentear e arranjar.
- Promover o contacto com o espelho – cada uma das participantes olhar para si e reconhecer a própria imagem.

3. Partilha e reflexão

- Promover a partilha e reflexão usando perguntas como:
 - *Como se sentiu ao cuidar de si?*
 - *Gostou de se ver ao espelho?*
 - *O que gostaria de dizer a si mesma?*

4. Encerramento

- Reforçar a importância do autocuidado como ato de amor-próprio.
- Incentivar as doentes a darem continuidade a este tipo de momentos.

Recursos e Materiais

- Mesas de apoio e cadeiras do quarto do internamento.
- Toalhas, creme facial e escova de cabelo individual.
- Questionário para avaliação.

Avaliação da Sessão

Observação dos comportamentos durante e após a sessão.

Preenchimento de um questionário de resposta fechada.

Referências Bibliográficas

Sequeira, C., & Sampaio, F. M. C. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª Ed). St. Louis Mosby.

APÊNDICE 4

Plano de Sessão – Lidar com Sinais e Sintomas de descompensação da doença mental

Título da Sessão:

“Sinais e Sintomas de Alarme”.

Duração:

30 a 40 minutos

População:

Doentes com diagnóstico de doença mental, com algum grau de crítica para a doença, mas com necessidade de apoio na gestão de sinais precoces de descompensação da doença.

Contextualização:

No contexto da doença mental, reconhecer os sinais e sintomas de alarme que indicam uma possível recaída ou descompensação é fundamental para a promoção da autonomia, prevenção da crise e melhoria da funcionalidade no dia-a-dia. Muitos doentes, apesar de demonstrarem alguma consciência da sua condição clínica, têm dificuldade em identificar os seus limites e agir de forma precoce perante os primeiros sinais de descompensação. Esta sessão pretende fortalecer a capacidade da gestão da doença, promovendo a capacidade de tomada de decisão informada sobre a própria saúde mental. Pois as pessoas devem conseguir tomar decisões “para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (Sampaio e Sequeira, 2020 mencionando ICN, 2017).

Objetivos:

Objetivo Geral:

Promover a literacia em saúde mental através da identificação de sinais de alarme e estratégias para lidar com sintomas precoces de descompensação.

Objetivos Específicos:

12. Ajudar os participantes a identificar sinais precoces de descompensação ou recaída.
13. Incentivar a criação de estratégias para aumentar a capacidade de resposta face aos sintomas de alarme.
14. Reforçar comportamentos de autocuidado e pedido de ajuda atempado.
15. Estimular a responsabilização pela doença e a sua gestão.

Metodologia:

Sessão de psicoeducação em grupo, com espaço para conversa orientada, com exemplos concretos, dinâmicas de reflexão e partilha de experiências entre si. Utilização de um quadro de apoio visual onde serão escritos exemplos de sintomas e estratégias utilizadas pelos participantes na sessão.

No final, entrega de um folheto informativo onde cada elemento deve conseguir identificar os “seus sinais de alerta” e ações a tomar.

Estrutura da Sessão e Intervenções:

1. Acolhimento e Introdução

- Apresentação do tema.

“Todos temos dias menos bons. Mas quando temos uma doença mental, há sinais importantes de perceber atempadamente.”

2. Identificação de sintomas de alarme

- Exemplos:
 - Alterações no sono ou apetite
 - Irritabilidade ou agitação crescente
 - Isolamento, recusa de medicação
 - Pensamentos negativos ou persecutórios
- Recolher exemplos partilhados pelo grupo e escrever num quadro de apoio.

3. Discussão sobre estratégias

- Perguntas possíveis para a discussão:

- *O que posso fazer quando percebo que algo está a mudar?*
- *A quem posso pedir ajuda?*
- *O que me costuma ajudar a manter-me estável?*

4. Plano pessoal de alerta

- Distribuição de um folheto onde cada doente é convidado a registar (com apoio, se necessário):
 - 2 a 3 sinais de alarme que reconhece em si,
 - 1 estratégia que o ajuda,
 - 1 pessoa a quem pode recorrer,

5. Reflexão final

- *“Hoje aprendi que posso cuidar de mim... mesmo antes de me sentir mal.”*

Recursos e Materiais

- Mesas de apoio e cadeiras.
- Quadro branco.
- Folhetos.
- Questionário para avaliação.

Avaliação da Sessão

Observação dos comportamentos durante e após a sessão.

Preenchimento de um questionário de resposta fechada.

Referências Bibliográficas

Sequeira, C., & Sampaio, F. M. C. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

APÊNDICE 5

Plano de Psicoeducação em Idade Pré-escolar

Título da Sessão:

"O Meu Corpo é Só Meu" – Promoção da Consciência Corporal, Limites e Prevenção de Abuso em Crianças do Pré-Escolar.

Duração:

40 a 60 minutos

População:

Crianças dos 3 aos 5 anos em contexto pré-escolar.

Contextualização:

Esta sessão insere-se no âmbito da promoção da saúde mental infantil, focando-se na perceção do próprio corpo, na noção das emoções despertadas e na prevenção de situações de abuso, com base em abordagens lúdicas e educativas adequadas à fase de desenvolvimento das crianças.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Promover a consciência corporal e emocional em crianças em idade pré-escolar, reforçando a importância dos limites pessoais e da proteção contra comportamentos abusivos.

Objetivos Específicos:

16. Estimular a identificação de emoções relacionadas com o toque físico.
17. Promover a compreensão do conceito de "o meu corpo é meu" e do direito a dizer "não".
18. Reforçar comportamentos de autoproteção e identificação de figuras de confiança.
19. Desenvolver competências de expressão verbal e não-verbal sobre sentimentos.

Metodologia:

A sessão tem por base uma abordagem psicoeducacional e lúdica, passando pela leitura interativa do livro “O teu corpo é teu” de Lucía Serrano, com exploração das emoções através de cartões com imagens ou a utilização de um polvo com expressão de triste e feliz e por último diálogo reflexivo com as crianças, respeitando os princípios do desenvolvimento infantil e da promoção de vínculos seguros. Será utilizada a comunicação verbal e não-verbal adaptada à idade.

Estrutura da Sessão e Intervenções:**1. Acolhimento e Introdução**

- Colocar as crianças sentadas em “U” e ficar o mais possível ao seu nível.
- Fazer uma apresentação breve criando um ambiente seguro e de confiança para avançar com a sessão.
- Introduzir o tema com linguagem simples:
Exemplo: *“Hoje vamos falar sobre o nosso corpo e o que sentimos quando alguém nos toca.”*

2. Leitura Interativa do Livro

- Leitura do livro *“O teu corpo é só teu”*.
- Exploração de imagens e envolvimento das crianças com perguntas ao longo da leitura, tais como:
 - Pág. 7 – Introdução do Não. Convidar todas as crianças a dizerem: *“Não!”*
 - Pág. 8 – Convidar as crianças a responder à pergunta: *“Quem manda no nosso corpo?”*
 - Pág. 10 e 11 – partes íntimas dos meninos e das meninas, perguntar antes de ler: *“Quem como se chamam estas partes do nosso corpo?”*
 - Pág. 13 – Depois de reforçar que os pais, médicos, enfermeiros, etc. às vezes precisam de mexer nessas partes íntimas. Podemos voltar a referir que o corpo é só nosso e podemos recusar se for desconfortável

para nós ou se for alguém que não tenha a nossa confiança, perguntando: *“O que podemos fazer se não gostamos de um toque?”*

- Pág.15 – Reforçar a ideia de que os amigos também não têm que mexer no nosso corpo, nem nós no corpo dos nossos amigos. *“Se algum amigo que tu gostas muito fizer alguma coisa que te deixa desconfortável... isso continua a ser certo só porque é um amigo?”*
- Pág. 18 – Reforçar que não se tocam nas partes íntimas dos adultos quando estes pedem. Não se tocam nas partes íntimas de outros meninos ou meninas quando estes pedem.

Fazer pausa para várias perguntas:

- *“Pode alguém mexer nessas partes sem a tua permissão?”*
- *“E se um adulto pedir para tu mexeres nas partes íntimas dele, isso está certo ou errado?”*
- *“O que fazemos se alguém pedir isso?”*
- Pág. 23-25 – Reforçar que “os segredos maus” (expressão do livro) são para contar ao pai, à mãe, à professora, a uma auxiliar, a algum adulto amigo. O livro fala de alimentos que não caem bem. Pode-se perguntar: *“O que é que acontece quando comemos alguma coisa que nos faz mal?”*
- Pág. 27 – Reforçar que se algum adulto não ouvir ou não acreditar não é para desistir de contar, esses “segredos maus” têm que ser partilhados. *“Às vezes os adultos não percebem logo o que tu estás a dizer. Mas tu és importante. Continua a contar até alguém ouvir.”*
- Pág. 28- 29 – usar o “NÃO” para transição para o exercício dos abraços e emoções. Convidar as crianças a dizer um não gigante como a imagem do livro: *“Vamos todos dizer um NÃO muito grande, como no livro?”*

Exercício dos abraços: Encorajamento à participação ativa e validação emocional. Abertura para permitir que não participe quem não quiser participar e usar como exemplo.

- Propor:
 - *“Agora vamos fazer uma brincadeira.*
 - *Vamos ver como cada um se sente com um abraço.”*

- Perguntar no fim:
 - *“Gostaste do abraço?”*
 - *“Foi bom ou não gostaste muito?”*
 - *“Sabem que está tudo certo em sentir diferente?”*
 - *“E se alguém não quiser um abraço, o que devemos fazer?”*
 - *“Podemos dizer NÃO, como no livro!”*

- Retomar a leitura do livro e terminar. No final questionar:
 - *Quem manda no teu corpo?”*
 - *“Se não quiseres um abraço ou um beijo, o que podes fazer?”*
 - *“Quando estás triste ou assustado, a quem podes contar?”*
 - *“O que é um toque que sabe bem? E um que não sabe bem?”*

3. Jogo das Emoções e Limites

- Dar exemplos de situações e levar as crianças a partilhar o que sentem, que emoção correspondente a cada situação.
- Reforçar frases protetoras como:
 - “Podemos dizer não.”*
 - “Se não nos sentimos bem, contamos a um adulto de confiança.”*

Encerramento e Reforço Positivo

- Revisão e repetição coletiva de frases-chave:
“O meu corpo é só meu.”
“Tenho o direito de dizer não.”
“Falo com alguém em quem confio.”
- Despedida com reforço positivo e elogio à participação.

Recursos e Materiais

- Livro *“O teu corpo é só teu”* de Lucía Serrano.
- Cartões com expressões faciais ou polvo.
- Tapete ou espaço livre para roda.

Avaliação da Sessão

Forma: Qualitativa, através da observação e participação e quantitativa através de atividade lúdica para votação.

Indicadores:

- Participação ativa das crianças.
- Capacidade de identificar emoções.
- Compreensão do conceito de limites corporais.
- Verbalização de comportamentos de proteção.
- Utilização de tampas com “caras tristes” e “caras felizes” para cada criança colocar num pote.

A avaliação será realizada através da observação das reações verbais e não verbais, da adesão às atividades propostas e da capacidade das crianças expressarem sentimentos e através da contagem de tampas.

Exemplos de situações para a fase final de partilha em grupo:

“Como é que eu me sinto quando:”

- ... dou um abraço a um amigo.
- ... alguém me dá um beijo sem eu querer.
- ... digo que “não quero” e a pessoa continua.
- ... a mãe ou o pai me fazem festinhas.
- ... um colega me empurra no recreio.
- ... estou sozinho e tenho medo.
- ... um adulto diz que é segredo e para eu não contar a ninguém.
- ... alguém me ouve quando eu digo que não gosto de alguma coisa.
- ... estou num sítio estranho sem a mãe ou o pai por perto.
- ... um adulto tenta ver o meu pipi ou pilinha.
- ... um amigo me pede para mexer no meu pipi e na minha pilinha.
- ... um adulto me obriga a dar um beijo.
- ... estou a brincar e alguém grita comigo ou ralha.
- ... a professora me dá um abraço.
- ... um desconhecido fala comigo na rua.
- ... um adulto me pede para tocar nele e eu não quero.
- ... eu digo "não quero" e a pessoa respeita/aceita.
- ... alguém me faz cócegas e eu não gosto ou não quero.
- ... a mãe me ajuda no banho.
- ... alguém me chama nomes que eu não gosto.
- ... estou a brincar com os meus brinquedos preferidos.
- ... alguém mexe no meu corpo e eu fico confuso ou acho estranho.
- ... dou a mão a alguém de quem gosto.
- ... tenho vontade de chorar e me dizem que não posso chorar.
- ... conto algo importante e os adultos acreditam em mim.

APÊNDICE 6

Plano da Sessão de Saúde Mental no Curso de Preparação para o Parto

Tema: Estratégias para os Pais

Duração:

40 a 60 minutos

População:

Grávidas e companheiros ou companheiras que estejam a participar na sessão.

Contextualização:

Esta sessão insere-se no âmbito das aulas de preparação para o parto, pois o nascimento de um bebé traz consigo muitos desafios emocionais e ao nível da saúde mental. Durante a gravidez, os futuros pais começam a preparar-se para cuidar do bebé, mas nem sempre se fala sobre o impacto que o choro e a agitação do recém-nascido podem ter no bem-estar dos cuidadores. Esta sessão surge como uma oportunidade para conversar de forma acessível sobre o que é normal sentir nessa fase, sobre o cansaço e as frustrações que podem surgir, e sobre como lidar com essas situações de forma tranquila e segura, tendo em conta este processo de transição de papéis (OE, 2023). Pretende-se, assim, reforçar a importância de cuidar da saúde mental dos pais desde a gravidez, oferecendo estratégias práticas e momentos de partilha que possam ser úteis no dia a dia após o nascimento.

Objetivos:

Objetivo Geral:

- Promover a preparação emocional dos futuros pais para lidarem com momentos de agitação e choro do bebé, reforçando a importância do seu autocuidado.

Objetivos Específicos:

- Promover a reflexão sobre os desafios emocionais enfrentados no cuidado ao bebé agitado.
- Apresentar estratégias práticas de autocontrolo e gestão do stress.
- Desenvolver competências de autocuidado para enfrentar momentos de maior pressão relacionados com a agitação do bebé.

- Executar e treinar uma técnica de relaxamento que pode ser utilizada para manter a calma em situações mais desafiantes.

1. Introdução

- **Boas-vindas e apresentação:**
 - Cumprimentar os participantes e apresentar-se enquanto enfermeira especialista em saúde mental.
 - Explicar o objetivo da sessão: fornecer estratégias práticas e de autocuidado para lidar com a agitação e o choro do bebé.
 -

2. Reflexão inicial, dinâmica de grupo Objetivo

- Convidar à reflexão através da pergunta: "**O que mais vos preocupa nos primeiros dias após o parto?**"
- Validar sentimentos comuns, por exemplo: ansiedade, cansaço, receio de não conseguir acalmar o bebé (usar este momento para criar uma "nuvem" de sentimentos).
- Reforçar que sentir-se sobrecarregado é normal e que procurar estratégias para lidar com isso faz parte do processo.

3. O Choro e a Agitação do Bebé

Compreender as causas da agitação e diferenciar tipos de choro.

- Introdução rápida sobre o facto do choro ser a principal forma de comunicação do bebé.
- Explicação dos diferentes tipos de choro e as suas causas mais comuns:
 - Fome
 - Fralda suja
 - Dor ou desconforto
 - Cansaço
 - Necessidade de afeto
 - Estímulo excessivo

4. Estratégias de autocuidado para os pais

Desenvolver os temas seguintes:

- Reconhecer e validar emoções.
- Gestão do tempo e do cuidado.
- Manter apoio e suporte social.
- Técnicas de relaxamento e regulação emocional.

5. Estratégias durante a gravidez com efeito na adaptação do bebé após o nascimento.

Apresentar algumas estratégias, nomeadamente:

- Criar momentos de relaxamento em casal com música suave – o bebé vai reconhecer os sons após o nascimento.
- Usar sempre a mesma música de relaxamento para o bebé a associar a um ambiente calmo e seguro.
- Conversar com o bebé em momentos tranquilos.
- Treinar a respiração consciente — útil no parto e nos momentos de stress.

Terminar com frase de convite à reflexão.

6. Técnica de Relaxamento para Pais

Demonstrar uma técnica que os pais possam usar para manter a calma nos momentos difíceis.

- **Introdução:**

- Explicar que uma mente calma ajuda a lidar melhor com a agitação do bebé.
- A técnica escolhida é *Respiração Consciente*.

- **Passo a passo:**

1. Sentar-se confortavelmente e fechar os olhos.
2. Inspirar profundamente pelo nariz durante 4 segundos, sentindo o abdómen expandir.
3. Imaginar um local calmo e seguro enquanto segura a respiração por 2 segundos.
4. Expirar lentamente pela boca durante 6 segundos, soltando a tensão.

5. Repetir o ciclo 5 vezes, sempre visualizando um momento feliz ou um lugar tranquilo.

7. Partilha de experiências e Reflexão final

- Perguntar como se sentiram após a técnica e se já conheciam algum método semelhante.
- Refletir sobre a importância de criar momentos de calma no dia a dia, especialmente durante os primeiros meses com o bebé.
- Reforçar a importância de cuidar da própria saúde mental para criar um ambiente mais seguro e estável.
- Destacar o uso de técnicas de respiração como ferramenta de autocontrolo.
- Permitir que os pais partilhem expectativas ou experiências anteriores.
- Agradecer a presença e reforçar que manter a calma é um gesto de autocuidado essencial para os pais e o bebé.

Materiais de Apoio:

- PPT de suporte.
- Coluna para música

Referências Bibliográficas:

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de Enfermagem de saúde mental de ligação*. Ordem dos Enfermeiros.



Cuidar do bebé agitado: Estratégias para os pais

Neuza do Peso



Objetivos da Sessão:

- Promover a reflexão sobre os desafios emocionais enfrentados no cuidado ao bebé agitado.
- Apresentar estratégias práticas de autocontrolo e gestão do stress.
- Desenvolver competências de autocuidado para enfrentar momentos de maior pressão relacionados com a agitação do bebé.
- Executar técnica de relaxamento a ser utilizada em situações desafiantes.

Vamos Refletir...

O que mais vos preocupa nos primeiros dias após o parto?



É Normal Sentirem-se...

Ansiosos

Cansados

Sobrecarregados

Inseguros

Frustrados

Solitários



Tristes

Culpados

Confusos

Desorientados

Desmotivados

Preocupados

O Choro/ agitação do Bebé:

Causas mais comuns:

- Fome
- Fralda suja
- Dor ou desconforto
- Cansaço
- Necessidade de afeto
- Estímulo excessivo



O Impacto da Agitação e do Choro do Bebé:

O choro contínuo do bebé pode ser desafiante.

É normal nem sempre conseguir acalmar o bebé de imediato.

Aceitar a própria vulnerabilidade.

Cuidar de si para poder cuidar do bebé.



Estratégias de Autocuidado para os Pais:

Reconhecer e validar emoções:

- Aceitar os sentimentos: reconhecer que sentir cansaço, frustração, ansiedade ou mesmo culpa faz parte da parentalidade.
- Dar nome às emoções: verbalizar o que se está a sentir ajuda a compreender e a normalizar a experiência do momento.
- Falar abertamente: falar sobre os sentimentos com o parceiro/ parceira, amigos ou profissionais de saúde pode aliviar o peso emocional.
- Pedir apoio: reconhecer que pedir ajuda não é sinal de fraqueza, mas sim de responsabilidade e autocuidado.

Estratégias de Autocuidado para os Pais:

Gestão do Tempo e do Cuidado:

- Pausas programadas: reservar pequenos momentos do dia para um cuidado mais pessoal, mesmo que breve.
- Dividir responsabilidades: garantir que ambos os pais ou outros cuidadores estão envolvidos no processo.
- Ter pequenas rotinas de autocuidado: por exemplo: ouvir música agradável, fazer um banho relaxante, tomar um chá calmante, etc...
- Priorizar o sono: sempre que possível, sincronizar o descanso com o sono do bebé.

Estratégias de Autocuidado para os Pais:

Manter Apoio e Suporte Social:

- Rede de suporte: manter contacto com amigos e familiares sempre que possível/ desejarem para apoio emocional e social.
- Consulta com a equipa de saúde de referência: tirar dúvidas, esclarecer questões, solicitar acompanhamento.
- Consulta com profissionais de saúde mental: procurar apoio especializado se o cansaço emocional se tornar difícil de gerir.

Estratégias de Autocuidado para os Pais:

Técnicas de Relaxamento e Regulação Emocional:

- Respiração profunda: para reduzir o stress imediato.
- Visualização positiva: imaginar momentos tranquilos e confortáveis com o bebé.
- Relaxamento muscular progressivo: praticar a contração e o relaxamento sequencial dos músculos para libertar a tensão.

Exercício prático de relaxamento*

Estratégias de Autocuidado para os Pais:

O autocuidado não é um luxo, mas uma necessidade para garantir a saúde mental e física dos pais. Quanto mais equilibrados e fortalecidos estiverem, melhor conseguem responder às suas próprias necessidades e às do bebé.



Estratégias durante a gravidez com efeito na adaptação do bebé após o nascimento:

Sugestões:

- Criar momentos de relaxamento em casal com música suave – o bebé vai reconhecer os sons após o nascimento.
- Usar sempre a mesma música de relaxamento para o bebé a associar a um ambiente calmo e seguro.
- Conversar com o bebé em momentos tranquilos.
- Treinar a respiração consciente — útil no parto e nos momentos de stress.

Estratégias durante a gravidez com efeito na adaptação do bebé após o nascimento:

O bem-estar emocional e a saúde mental dos pais durante a gravidez pode determinar os primeiros momentos de vida do bebé.



Exercício prático de relaxamento

APÊNDICE 7

Plano de Sessão Prevenção de Agitação no Idoso e consciencialização para as boas práticas na utilização de medidas de contenção

Título da Sessão:

“Agitação e Contenção no Idoso: Cuidar com Respeito e Dignidade”

Duração:

30 minutos

População:

Cuidadores das instituições referidas.

Contextualização:

A agitação em pessoas idosas é uma situação comum, mas muitas vezes mal compreendida. Surge com frequência em instituições como lares ou casas de repouso, especialmente em pessoas com demência ou outras doenças do foro mental e/ou neurológico. Pode manifestar-se de várias formas – inquietação, movimentos repetitivos, gritos, ou mesmo agressividade – e tem quase sempre uma causa que precisa de ser compreendida (ICN, 2016).

É essencial que quem cuida saiba identificar os sinais de agitação e entenda que o uso de contenção física pode potenciar estes estados e deve ser, na maioria dos casos, último recurso. É neste sentido que esta sessão surge no sentido de formar e sensibilizar estes cuidadores.

Objetivos:

Objetivo Geral:

- Sensibilizar e capacitar cuidadores para reconhecer e lidar adequadamente com situações de agitação em pessoas idosas, promovendo uma resposta empática, segura e humanizada, evitando o uso inadequado de contenções físicas.

Objetivos Específicos:

- Ajudar os participantes a reconhecer sinais de agitação nos idosos.
- Explicar, de forma clara, o impacto negativo da contenção física.
- Apresentar alternativas simples para lidar com comportamentos mais difíceis.

- Promover a humanização dos cuidados, o respeito e a dignidade dos idosos.

Metodologia

A sessão será conduzida de forma próxima e com método expositivo com recurso a projeção de power point, para facilitar a compreensão e a participação de todas as pessoas presentes.

Será feita uma exposição em grupo, onde se irá explicar de forma simples o que é a agitação no idoso, como pode surgir e o que fazer ou não perante esse comportamento. No final, serão deixados cartazes com imagens e frases curtas, que ajudam a relembrar a mensagem posteriormente.

Estrutura da Sessão e Intervenções:

1. Boas-vindas e Introdução

- Acolhimento
- Pergunta inicial para quebrar o gelo:

“Já cuidaram de alguém que esteja muito agitado, que não pare quieto ou que grite muito?”

- Explicar o propósito da sessão de forma simples.

“Hoje vamos falar sobre o que pode causar essa agitação e como ajudar... sem usar contenções logo em primeira instância.”

2. Explicar o que é Agitação no Idoso

Frases-chave:

- “Agitação é quando o idoso está mais mexido, inquieto, nervoso ou até agressivo.”
- Dar exemplos:
 - Andar de um lado para o outro
 - Tirar a roupa ou levantar-se da cama repetidamente
 - Gritar ou bater
- Causas simples para explicar a agitação:
 - Dores, confusão, solidão, necessidade de ir à casa de banho, ruídos, calor, desconforto, etc.

3. Apresentar as causas mais comuns da agitação:

- Dor ou desconforto,
- Medo confusão ou solidão,
- Ambientes com muito barulho
- Alterações à rotina
- Alterações ao sono e repouso
- Dificuldade em expressar-se/ fazer-se entender

4. Apresentar o que se deve evitar fazer:

- Gritar ou discutir,
- Imobilizar os idosos em primeira instância,
- Ignorar,
- Contrariar de forma brusca,
- Ser agressivo,
- Deixar o idoso isolado e desocupado.

5. Porque é que a contenção não é solução?

Utilizando linguagem simples e direta:

“Prender” o idoso pode parecer mais seguro, mas pode deixá-lo pior.

- Mostrar efeitos da contenção com imagens ou histórias:
 - Mais raiva ou medo
 - Feridas ou quedas
 - Perda de força e vontade de viver

6. Apresentar o que podemos fazer em vez de imobilizar?

Dar alternativas práticas:

- Falar com calma e chamar pelo nome.
- Perceber o que pode estar a incomodar.
- Dar um objeto que goste de mexer.
- Ajudar a ir à casa de banho.

- Mudar de ambiente: abrir uma janela, levar para outro espaço.
- Oferecer algo reconfortante (música, chá, manta)
- Sentar-se ao lado e fazer companhia, quando possível.
- Estimular com atividades simples, quando possível.

7. Deixar uma sugestão:

“Antes de imobilizar, tente pelo menos três coisas diferentes.”

Colocar uma imagem elucidativa das opções apresentadas anteriormente.

8. Esclarecer os cuidados a ter com as imobilizações:

- Usar contenções seguras e por pouco tempo
- Monitorizar o idoso com frequência
- Explicar com palavras simples o que está a acontecer
- Registrar o motivo e o tempo da contenção

9. Elucidar quando é necessário pedir ajuda

- O idoso se magoa ou tenta magoar alguém,
- Está muito desorientado,
- Grita demasiado e não se consegue acalmar,
- Precisa de medicação ou avaliação diferenciada

10. Apresentar e entregar cartaz como “lembrete visual”

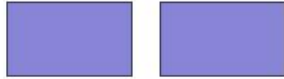
- Dar espaço para alguém do grupo contar experiências ou colocar questões.

11. Avaliar a sessão

Disponibilizar um qrcode que reencaminha para um questionário.

Referências Bibliográficas

International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



Agitação e Contenção no Idoso:

Cuidar com Respeito e Dignidade



Neuza do Peso
Estudante Mestrado de Enfermagem
Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivos da Sessão:

- Compreender o que é a agitação no idoso.
- Identificar comportamentos comuns de agitação e o que os pode causar.
- Refletir sobre os riscos do mau uso da contenção física.
- Conhecer outras estratégias simples e eficazes para lidar com a agitação de forma segura.
- Promover atitudes de cuidado mais dignas e conscientes.

Para começar...

Já cuidaram de alguém que esteja muito agitado, que não pare quieto ou que grite muito?



O que é Agitação no Idoso?

Pode manifestar-se por:

- Inquietação (mexe-se muito)
- Discurso repetitivo ou confuso
- Dificuldade em manter uma postura adequada ao espaço
- Atitudes agressivas (verbais e/ou físicas)
- Dificuldade em manter-se calmo



Porquê?

Causas mais comuns:

- Dor ou desconforto,
- Medo, confusão ou solidão,
- Ambientes com muito barulho
- Alterações à rotina ou do espaço físico
- Alterações ao sono e repouso
- Dificuldade em expressar-se/ fazer-se entender

O que devemos evitar:

- Gritar ou discutir,
- Imobilizar os idosos em primeira instância,
- Ignorar,
- Contrariar de forma brusca,
- Ser agressivo,
- Deixar o idoso isolado e desocupado.



Porque é que a contenção não é solução?

Pode parecer mais seguro, mas:

- Mais irritados, ou assustados
- Feridas ou quedas
- Alterações na respiração
- Perda de força muscular
- Falta de vontade de viver



O que podemos fazer?

Usar alternativas práticas:

- Falar com calma e chamar pelo nome.
- Perceber o que pode estar a incomodar.
- Dar um objeto que goste de mexer.
- Ajudar a ir à casa de banho.
- Mudar de ambiente: abrir uma janela, levar para outro espaço.
- Oferecer algo reconfortante (música, chá, manta)
- Sentar-se ao lado e fazer companhia, quando possível.
- Estimular com atividades simples, quando possível.



O que podemos fazer?

Antes de imobilizar, tente pelo menos três coisas diferentes.



Falar com calma e chamar pelo nome.

Dar um objeto



Mudar de ambiente: abrir uma janela, levar para outro espaço.

Oferecer algo reconfortante



Sentar-se ao lado. Estimular com atividades simples

E quando é mesmo necessário imobilizar?

- Usar contenções seguras e por pouco tempo,
- Monitorizar o idoso com frequência,
- Explicar com palavras simples o que está a acontecer,
- Registrar o motivo e o tempo.

Nota: Conter não trata o problema – só acalma no momento. O importante é entender o que está a causar a agitação.

Quando pedir ajudar?

Sempre que:

- O idoso se magoa ou tenta magoar alguém,
- Está muito desorientado,
- Grita demasiado e não se consegue acalmar,
- Precisa de medicação ou avaliação diferenciada

Em suma:

A pessoa poderá estar mais inquieta que o habitual, com movimentos desadequados, pode tornar-se agressiva



Em suma:



Evitar ao máximo
prender ou imobilizar
partes do corpo,
impossibilitando
qualquer atividade

Em suma:

Escutar, dar atenção,
falar com calma,
tentar perceber,
oferecer algo
reconfortante



Em suma:

Agitação no Idoso

A pessoa poderá estar mais inquieta que o habitual, com movimentos desadequados, pode tornar-se agressiva



Evitar ao máximo prender ou imobilizar partes do corpo, impossibilitando qualquer atividade



Escutar, dar atenção, falar com calma, tentar perceber, oferecer algo reconfortante



Dúvidas ou Partilhas?

Obrigada!



Avalie esta sessão aqui, por favor

APÊNDICE 8

Agitação no Idoso

A pessoa poderá estar mais inquieta que o habitual, com movimentos desadequados, pode tornar-se agressiva



Evitar ao máximo prender ou imobilizar partes do corpo, impossibilitando qualquer atividade

Escutar, dar atenção, falar com calma, tentar perceber, oferecer algo reconfortante

