

# **Relatório de Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

## **Capacitar para cuidar: Características de um Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência**

**Joana Andreia Cardoso Vieira**

**Vila Nova de Famalicão**

**2024**



**Instituto Politécnico de Saúde do Norte- Escola Superior de Saúde Vale do Ave**

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

**Instituto Politécnico de Saúde do Norte- Escola Superior de Saúde Vale do Ave**  
**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
**Ano letivo 2023/2024**



# **Capacitar para cuidar: Características de um Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência**

**Relatório de estágio de natureza profissional, apresentado à Escola Superior de Saúde Vale do Ave, para obtenção do Grau de Mestre e Título de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação de Ana Rita Dias Costa, MsC.**

## **Orientadora:**

Mestre Ana Rita Dias Costa

## **Orientanda:**

Joana Andreia Cardoso Vieira

Vila Nova de Famalicão, abril de 2024

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Joana Andreia Cardoso Vieira, a33155, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Mestrado de Natureza Profissional. Confirmando que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## RESUMO

O presente relatório pretende descrever e refletir sobre o percurso académico e formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Reúne as principais competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como as atividades desenvolvidas nos contextos da prática que lhe deram origem.

No contexto formativo foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o tema “Características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência”. Destacam-se os benefícios da psicoeducação ao cuidador na melhoria da sobrecarga no cuidar e a capacitação para o exercício do seu papel. Com base nas principais conclusões retiradas desta revisão, foi realizada a prática baseada na evidência, onde foi aplicado o programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com demência, Es(tar) com a demência (Sousa, 2017). Salienta-se o benefício da psicoeducação ao cuidador na fase inicial da transição para o seu papel como ação preventiva na sobrecarga, permitindo melhor qualidade de vida para o cuidador e para a pessoa cuidada. Fortalecer a mestria do cuidador nesta transição, constitui-se um dos principais objetivos do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica ao intervir com o cuidador. A amostra de cuidadores foi reduzida, evidenciou melhoria na sobrecarga, na satisfação no cuidar e redução das dificuldades. Esta amostra demonstrou uma média de idades dos cuidadores consideravelmente avançada, ressaltando um maior foco de atenção na preservação do bem-estar dos cuidadores, também eles vulneráveis.

A realização dos ensinamentos clínicos em vários contextos demonstrou a vasta área de atuação do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, com diferentes intervenções psicoterapêuticas e com uma abordagem transversal a todo o ciclo vital.

**Palavras chave:** Enfermagem; Saúde Mental e Psiquiátrica; Psicoeducação; Cuidadores; Idosos

## **ABSTRAT**

The present report aims to describe and reflect upon the academic and formative journey within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

It gathers the main common and specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist acquired throughout clinical teachings, as well as the activities developed in practice contexts that originated them.

In the educational context, an integrative literature review was conducted on the topic "Characteristics of a psychoeducational program for empowering caregivers of elderly individuals with dependency." The benefits of psychoeducation for caregivers in improving caregiving burden and empowerment for their role are highlighted. Based on the main conclusions drawn from this review, evidence-based practice was carried out, where the psychoeducational program for empowering caregivers of elderly individuals with dementia, "Being with Dementia" (Sousa, 2017), was implemented. The benefit of psychoeducation for caregivers in the early phase of transitioning into their role as a preventive action against burden is emphasized, allowing for better quality of life for both the caregiver and the care recipient. Strengthening the caregiver's mastery during this transition is one of the main objectives of the mental health and psychiatric nurse specialist when intervening with the caregiver. The caregiver sample was small but showed improvement in burden, caregiving satisfaction, and reduction in difficulties. This sample demonstrated a considerably advanced average age of caregivers, highlighting a greater need for attention to preserving the well-being of these vulnerable caregivers.

The completion of clinical placements in various contexts demonstrated the broad scope of practice for mental health and psychiatric nurse specialists, involving different psychotherapeutic interventions and a cross-cutting approach across the lifespan.

**Keywords:** Nursing; Mental Health and Psychiatric; Psychoeducation; Caregivers; Elderly

## **AGRADECIMENTOS**

À Mestre Ana Rita Costa, pela sua disponibilidade, dedicação, pela partilha de conhecimentos, pelo seu exemplo na sua prática profissional e pelo seu apoio e orientação durante este percurso académico.

Aos professores e colegas do Mestrado pela partilha de experiências e incentivos positivos.

Aos enfermeiros Luís Ribeiro, Fátima Diegues e Bruno Macedo pela forma como me receberam e integraram nos seus locais de trabalho, estando sempre disponíveis para ensinar contribuindo para alargar os meus horizontes e conhecimentos na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A todos os utentes com quem contactei durante a realização dos ensinamentos clínicos, sobretudo aos cuidadores dos idosos com demência, pela sua espontaneidade e entrega na partilha das suas realidades diárias no Cuidar do outro.

À minha família, em especial ao João e ao Ricardo Daniel, pela vossa compreensão pela minha ausência e pelo apoio incondicional nos momentos mais desafiantes, eu sei que cresceram junto comigo nesta jornada.

A todos, um Muito Obrigada!

## **ABREVIATURAS**

nº- número

p.- página

## **SIGLAS**

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test

CADI- Carers Assessment of Difficulties Index

CASI- Carers Assessment of Satisfaction Index

CDR- Clinical Dementia Rating scale

CECA- Consulta de Enfermagem de Cessação Alcoólica

CES D- Center for Epidemiologic Studies of Depression

CIWAR- ar- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DiOr- Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional

EC- Estimulação Cognitiva

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESC- Escala de Sobrecarga do Cuidador

FC- Familiar Cuidador

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE- Prática Baseada na Evidência

PNC- Perturbação Neuro cognitiva

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

WHO- World Health Organization

## **EPIGRAFE**

*“O desejo de ir em direção ao outro, de se comunicar com ele, ajudá-lo de forma eficiente, faz nascer em nós uma imensa energia e uma grande alegria, sem nenhuma sensação de cansaço.”*

**Dalai Lama**

## Índice

INTRODUÇÃO .....	12
PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESMP .....	14
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	15
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....	20
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO .....	24
3.1 Estágio de natureza profissional I – Internamento de agudos.....	25
3.2 Estágio de Natureza Profissional II – Comunidade.....	27
3.3 Estágio de Natureza Profissional III – Unidades .....	29
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	31
4.1 Os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	32
4.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal.....	32
4.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	35
4.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados.....	36
4.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	38
5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS .....	40
5.1- Cuidar da Pessoa em Internamento de Agudos .....	41
5.2 – Cuidar da Pessoa na Comunidade.....	47
5.3 – Cuidar da pessoa em contextos especializados .....	56
5.4 – Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica .....	62
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	66
1. Revisão Integrativa da Literatura:.....	67
2. A prática baseada em evidência.....	77
2.1 Descrição do programa a implementar .....	79
2.2 Método.....	80
2.3 Resultados e Discussão .....	82
2.4. Conclusão .....	90
CONCLUSÃO .....	93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
APÊNDICES.....	107
Apêndice 1- Folheto informativo de apoio aos cuidadores da pessoa com demência.....	108
Apêndice 2- Procedimento DiOr viver com a demência.....	111
Apêndice 3 - Programa Psicoeducativo para familiares do utente em seguimento na Consulta de Enfermagem de Cessaçã Alcolíca .....	117
Apêndice 4- Plano de sessão Formativa- Programa Psicoeducativo de Capacitaçã de Cuidadores de Idosos com Dependência .....	128
Apêndice 5- Sessão Formativa: Programa Psicoeducativo de Capacitaçã de Cuidadores de Idosos com Dependência .....	130
Apêndice 6- Plano de cuidados de utente intervencionado no estágio de internamento de agudos .....	133
Apêndice 7- Planeamento das sessões de estimulaçã cognitiva realizadas ao Sr. F.M durante o internamento.....	140
Apêndice 8- Planeamento de Sessão de estimulaçã cognitiva no domicílio..	153
Apêndice 9- Planeamento de sessão de treino cognitivo em grupo.....	156
Apêndice 10- Plano de cuidados e planeamento das sessões- grupo de psicoeducaçã familiares da pessoa com demência.....	159
Apêndice 11- Plano de cuidados e plano de sessão de Psicoeducaçã ao FC no domicílio .....	167
Apêndice 12- Plano de Cuidados e Plano de Intervenção Psicoterapêutica a utente seguida em consulta de cessaçã alcolíca.....	171
Apêndice 13- Plano de Cuidados e Planeamento de Relaça de Ajuda.....	186
Apêndice 14- Plano de Cuidados e Planeamento de Reestruturaçã Cognitiva .....	190

## **Índice de Figuras**

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos....	70
--	----

## **Índice de Quadros**

Quadro 1- Artigos incluídos na revisão.....	71
Quadro 2- Resultados da revisão integrativa da literatura.....	76

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Avaliação do cuidador e da pessoa com demência.....	80
Tabela 2- Sessões em grupo para familiares cuidadores da pessoa com demência.....	81
Tabela 3- Resultados da CDR das pessoas cuidadas do programa psicoeducativo.....	82
Tabela 4- Características sociodemográficas dos cuidadores.....	83
Tabela 5- Necessidades identificadas pelos FC.....	84
Tabela 6- Avaliação da ESC antes e após a implementação do programa.....	85
Tabela 7- Comparação dos resultados da ESC por variáveis.....	86
Tabela 8- Avaliação CADI antes e após o programa.....	87
Tabela 9- Comparação dos resultados da CADI por categorias.....	87
Tabela 10- Avaliação da CASI antes e após o programa.....	88
Tabela 11- Comparação dos resultados da CASI por categorias.....	90
Tabela 12- Pontuação média para ESC, CADI e CASI nos dois momentos de avaliação.....	90

## INTRODUÇÃO

Este relatório enquadra-se no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Vale do Ave e baseia-se na reflexão e descrição sobre o percurso formativo e académico realizado no biénio 2022/2024.

A sua realização pretende analisar as competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) adquiridas em cada contexto clínico (OE, 2019, OE, 2018).

O EESMP desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e no tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental, sendo transversal a todas as fases do ciclo de vida.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em três contextos diferentes, sendo o primeiro, no serviço de internamento de agudos, o segundo em contexto da comunidade e o terceiro em contexto especializado nomeadamente na alcoologia. Estes estágios perfizeram um total de 600 h, tendo criado um grande leque de oportunidades e experiências na esfera da intervenção do EESMP.

A estrutura do relatório é dividida em duas partes e cada parte tem vários capítulos. A primeira parte é referente a dois referenciais teóricos que serviram de base à compreensão das necessidades dos utentes e da atuação do EESMP, a teoria das transições (Meleis, 2010) e a teoria das relações interpessoais (Peplau, 1990). Seguidamente é realizada uma breve contextualização dos ensinamentos clínicos que se encontra descrita no capítulo três.

No quarto capítulo estão descritas as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), e as atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos para a sua aquisição. Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, seja qual for a área de especialidade, e que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestada.

O quinto capítulo é realizada uma análise crítico reflexiva das competências específicas previstas pelo Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros (2018) e do percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos e das suas

oportunidades e atividades de aprendizagem no campo da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A segunda parte deste relatório diz respeito à prática baseada na evidência, sendo esta fundamental para a decisão clínica e para a prestação de cuidados com mais qualidade e segurança, encontrando-se dividida em dois capítulos. O primeiro capítulo é referente a uma revisão integrativa da literatura desenvolvida durante a componente teórica deste curso, esta revisão tem como título “Características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência”. Esta revisão surge da necessidade de providenciar suporte profissional especializado aos cuidadores de idosos com dependência. O papel do cuidador informal muitas vezes é assumido de forma inesperada e sem qualquer preparação prévia, o que pode resultar num elevado nível de stress inerente às responsabilidades diárias do cuidado. Esta sobrecarga não só afeta a qualidade de vida do cuidador, mas também a da pessoa cuidada. Abordagens psicoeducativas tem-se mostrado eficazes na capacitação do cuidador, ajudando a prevenir a sobrecarga emocional e física decorrente das suas funções, bem como na melhoria da segurança e bem-estar da pessoa cuidada (Silva et al, 2018).

O segundo capítulo é referente à aplicação de um programa psicoeducativo com base nas principais características obtidas pela conclusão da revisão integrativa da literatura. Este programa foi desenvolvido no segundo ensino clínico e foi destinado a cuidadores de familiares com demência, Es(tar) com a demência (Sousa, 2017). Neste capítulo é apresentado a descrição do programa, a implementação e os principais resultados e conclusões.

O presente relatório foi elaborado segundo o “Guia de Normalização Técnico-Científica do IPSN” - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA).

A conceção deste documento suportou a pesquisa bibliográfica com base científica e foram utilizadas as normas do Manual de Estilo da American Psychological Association (APA), 7ª edição, para evidenciar o recurso às fontes utilizadas, realizar citações e elaborar as referências bibliográficas.

## **PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESMP**

Os cuidados iniciam-se assim que surge a vida, é necessário cuidar da vida para que ela possa permanecer (Collière, 2003).

Compreender o valor do cuidado na enfermagem exige uma conceção ética que analise a vida como um bem precioso, começando desde logo por valorizar a sua própria vida e o respeito pela vida do outro, nas suas várias dimensões e complexidades, incluindo a escolha de enfermagem como profissão (Souza, et al, 2005).

Com a revolução de Nightingale, a Enfermagem acrescentou Ciência à sua Arte no cuidar (Collière, 2003). O desenvolvimento do corpo de conhecimentos característicos da enfermagem como uma profissão e ciência segura no cuidado foi iniciado pelo trabalho de Nightingale (Santos, 2023). Desde essa altura o avanço da enfermagem como uma disciplina com grande produção de conhecimento científico e tecnológico aliado ao contexto do cuidar como uma arte, tem evoluído com resultados potenciadores na saúde e bem-estar dos indivíduos. As teorias de enfermagem têm sido impulsionadoras para uma boa prática de enfermagem, ao permitir descrever, explicar, diagnosticar e intervir no indivíduo com base em evidências.

Nos capítulos seguintes são explanados dois modelos conceptuais que serviram de base à compreensão do indivíduo alvo de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a teoria das transições e a teoria das relações interpessoais.

Após a análise das teorias é apresentada uma contextualização da componente clínica, bem como, as competências gerais e específicas adquiridas nos ensinamentos clínicos.

## 1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Desde o nascimento à morte, a pessoa passa por uma série de alterações e mudanças deixando-a por vezes mais vulnerável interferindo com o seu nível de saúde e bem-estar (Santos et al., 2015).

Estes acontecimentos implicam adaptações, reorganizações e respostas para atingir o reequilíbrio. Segundo Meleis et al (2000) para o sujeito passar para uma nova forma de viver, é essencial que ele incorpore novas questões na sua vida, o que envolve a aquisição de novos conhecimentos e recursos, a mudança de comportamentos, e que reformule a forma como se define a si mesmo.

Schumacher e Meleis (1994) descrevem a transição como um conceito central para a enfermagem. A transição é um foco de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde ou quando a resposta à mudança conduz a comportamentos que se relacionam com a saúde. Assim, o estudo e a compreensão das transições são muito importantes para o domínio de enfermagem. Meleis e Trangenstein (2010) defenderam que a principal missão da enfermagem passa por ocupar-se do processo e das experiências dos seres humanos que passam por transições.

Meleis (2010) desenvolve a teoria de médio alcance, onde divide a transição em três construtos fundamentais, nomeadamente a **natureza**, as **condições de transição** e **padrões de resposta**. Dentro da natureza devem ser identificados quatro tipos de transições particulares:

- desenvolvimento
- situacional
- saúde doença
- organizacional

De forma sucinta, pode-se referir que as transições de **desenvolvimento** são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos indivíduos; as **situacionais** estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o indivíduo está envolvido; as terceiras relativas às transições de **saúde doença** e por último as **organizacionais** que ocorrem

no contexto ambiental do indivíduo e são influenciadas por mudanças que acontecem ao nível do contexto social, político ou económico. (Meleis, 2010)

Dentro da natureza, segundo Meleis (2010) as transições podem ser definidas quanto ao padrão de transição sendo ela única, se a pessoa está a vivenciar uma única transição, ou simultânea se viver mais do que uma transição, assim são caracterizadas como simples ou múltiplas. Em relação às múltiplas, estas podem ocorrer em tempos distintos; sequenciais ou simultâneas e podendo estar relacionadas ou não relacionadas entre si.

Por outro lado, e referindo-se às experiências de transição em geral, Meleis (2010) considera que apesar das transições terem um carácter único, complexo e multidimensional existem características que são essenciais e transversais a todas, denominadas **propriedades das transições**. Meleis (2010) definiu as seguintes propriedades para as experiências de transição:

- consciência
- envolvimento
- mudança e diferença
- espaço temporal da transição
- eventos ou pontos críticos

É de salientar que “*estas propriedades não são necessariamente distintas e isoladas*”, mas “*interligadas*”. (Meleis, 2010, p.57)

A **consciencialização** é uma propriedade basilar para a mudança, Meleis (2010) considera a consciência como uma característica essencial no processo de transição, uma vez que a transição só ocorre quando existe alguma consciência das mudanças. A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de que a transição é iminente.

O compromisso é definido como o grau de **envolvimento** da pessoa no processo de transição. O nível de consciencialização influencia o nível de compromisso, para o utente se envolver ele terá que ter autoconhecimento para saber gerir os seus recursos.

**Mudança e Diferença** são propriedades essenciais das transições apesar de semelhantes, estas propriedades não são intermutáveis, nem são sinónimos de transição. Para a pessoa compreender completamente um processo de transição é

necessário descobrir e caracterizar os efeitos e significados das mudanças envolvidas. (Meleis, 2010)

Todas as transições ocorrem num fluxo de tempo, iniciando-se com aparecimento dos primeiros sinais de consciencialização ou envolvimento na mudança e terminando no momento em que se estabelece o equilíbrio (Meleis 2010)

Meleis (2010) afirma que muitos **eventos ou pontos críticos** estão na génese de muitas transições vivenciadas e em determinadas ocasiões são potenciadores da consciencialização da mudança e diferença e conseqüentemente levando a um envolvimento mais ativo da pessoa.

A teoria das transições defende que para que haja uma compreensão por parte do enfermeiro quanto ao que é vivenciado pelo sujeito nos processos de transição, é importante que se faça um trabalho de reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois esses condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a modificação de comportamentos, a reconstrução da sua identidade e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis,2010).

Para se compreender todo o processo de transição é indispensável identificar os fatores que influenciaram o decurso da transição, denominados de **condicionantes da transição** que poderão ter as seguintes dimensões:

- pessoais
- comunitárias
- sociais

Nas condições **pessoais** destacam-se os significados, crenças e atitudes culturais que refletem a sua influência sobre como a pessoa experiencia a transição; nível socioeconómico comprometido pode por si só dificultar a transição; a preexistência de preparação e conhecimento permite potenciar a transição saudável.

Segundo Meleis (2010) os condicionantes **comunitários e da sociedade**, podem facilitar ou dificultar uma transição, assumem-se como sendo os recursos existentes na comunidade quer a rede formal e informal; existência de recursos, representação social e de estereótipos.

Ao longo do tempo, as transições desenvolvem-se verificando a existência de alguns **padrões de resposta**, que se subdividem em dois tipos de indicadores:

- processuais
- indicadores de resultado.

Os indicadores de processo informam se a transição move os indivíduos, no sentido da saúde ou vulnerabilidade e risco, o que permite uma avaliação e intervenção precoce do enfermeiro facilitando, assim, resultados saudáveis. Os indicadores de processo estão relacionados com a forma como o indivíduo vivencia esse processo, como interage/relaciona com as pessoas ao seu redor, como familiares e profissionais de saúde; como o indivíduo se sente ligado a eles; como o indivíduo está situado no tempo e as estratégias de coping utilizadas nesse processo (Meleis, 2010).

O término de um processo transição, é caracterizada quando a pessoa integra novos papéis, ocorre consciencialização do novo eu, incorpora novas competências, conhecimentos e assim novos comportamentos que o permite alcançar o bem-estar e qualidade de vida (Meleis,2010)

Assim a conclusão saudável de uma transição é caracterizada por **dois indicadores de resultado**:

- mestria
- reformulação da identidade flexível e integradora.

O primeiro indicador reporta-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir uma nova situação. Neste processo, *“à medida que os clientes/indivíduos se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término da transição, os seus níveis de mestria irão indicar ao enfermeiro os ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência”* (Santos et al, 2015, p161). Por outro lado, o indicador referente às identidades integrativas fluídas sugere que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade do cliente, da qual resulta a incorporação de novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Meleis, 2010).

No decorrer do processo de transição as intervenções de enfermagem são ações contínuas que proporcionam conhecimento, capacitam a pessoa para a transição porque desencadeiam respostas positivas no sentido da estabilidade.

A teoria das transições exerce forte influência na enfermagem, a partir do desenvolvimento de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz a situações de mudanças de vida do cliente. No entanto, proporcionar transições saudáveis é uma tarefa desafiante para o enfermeiro, visto que existem pessoas dotadas de singularidades, necessitando prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo. Assim, o cuidado de enfermagem faz-se necessário com o intuito de proporcionar uma assistência eficiente, melhorando os resultados e evitando transições insalubres (Costa,2016)

Na lógica da assistência da pessoa com doença mental, alicerçado ao modelo teórico de enfermagem, a teoria de médio alcance de Meleis permite ao enfermeiro compreender melhor o contexto, integrar o diagnóstico e apoiar na transição de saúde/doença do cliente e sua família, ajustando a adequação das intervenções que facilitam os padrões de resposta aos novos processos de transição.

Esta teoria permitiu durante o percurso desenvolvido nos ensinamentos clínicos, compreender o impacto da doença mental na pessoa, família e comunidade, compreender os fatores envolvidos no processo de transição saúde-doença, antecipar os cuidados e reunir as condições facilitadoras através de ferramentas que auxiliam no processo de transição.

Especificamente no caso dos cuidadores de pessoas com dependência alvo do meu estudo e intervenção ao longo dos ensinamentos clínicos, o papel do EESMP é crucial na transição vivenciada por estes cuidadores. Esta transição é situacional, uma vez que assumem o papel de cuidadores e para que ocorra de forma mais harmoniosa exige um trabalho ativo da pessoa, um envolvimento e uma consciencialização das mudanças físicas, sociais, emocionais e ambientais com este novo papel.

Para que este processo ocorra o EESMP deve perceber o significado que cada cuidador (a) atribui a este novo papel, as crenças culturais e atitudes ao desempenhar as funções de cuidador (a). Dessa forma para que tal seja possível o EESMP deve estabelecer uma relação terapêutica onde as competências comunicacionais e relacionais como a empatia e a escuta ativa deverão estar presentes.

A Psicoeducação como competência específica do EESMP (OE, 2018) é fundamental nesta transição situacional, ao dotar o cuidador(a) de conhecimentos, competências e estratégias adaptativas para fazer face ao cuidar de alguém dependente, evitando assim um desgaste e sobrecarga deste, potenciando a salubridade na transição.

## **2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

A profissão de enfermagem é uma atividade que prima pela excelência e rigor com muitos avanços ao longo do seu percurso. Os modelos teóricos de enfermagem oferecem uma estrutura de pensamento útil para a prática e implementação de intervenções dirigidas à pessoa promovendo a sua saúde e bem-estar.

Hildegard Peplau (1990) foi a primeira teórica da enfermagem psiquiátrica dando o seu principal contributo para a ciência de enfermagem com a teoria das relações interpessoais. Trata-se de uma teoria de médio alcance, onde Peplau usou o conhecimento retirado da ciência comportamental principalmente de Sullivan e Freud e daquilo que pode apelidar-se de modelo psicológico para elaborar a sua teoria. Peplau relaciona os estadios de desenvolvimento da personalidade da infância às fases que os utentes passam durante a progressão de uma doença (Towsend, 2011). Esta teórica refere que através da realização de uma tarefa psicológica associada à relação enfermeiro-utente, as personalidades dos dois intervenientes ficam fortalecidas (Towsend, 2011).

Para a enfermagem esta teoria foi a primeira a priorizar problemas de ordem psicossocial valorizando assim a relação enfermeiro- pessoa e/ou comunidade, sendo que a formação, a postura e o autoconhecimento do enfermeiro influencia diretamente o desenvolvimento do processo interativo (Pinheiro et al, 2019).

Esta teórica orientou o papel do enfermeiro no seu modelo concetual de cuidados, para em vez de olhar a doença, olhar para o significado psicológico dos eventos e explorar com o utente sentimentos e comportamentos como alvo de intervenção dos enfermeiros.

Segundo Peplau (1990) as relações interpessoais são indispensáveis para que os utentes e enfermeiros possam crescer e desenvolverem-se juntos, sendo por isso um processo dinâmico que ocorre durante a ato do Cuidar.

A profissão de enfermagem sendo um processo interpessoal terapêutico e educativo auxilia no desenvolvimento da personalidade de forma a potenciar uma vida criativa, construtiva e pessoal proporcionando o bem-estar do utente e influenciando também o enfermeiro na sua evolução (Pinheiro et al, 2019). O enfermeiro com o desenvolvimento

da relação terapêutica e tendo em conta a perspetiva psicodinâmica mencionada por Peplau (1990), para além de auxiliar o utente no seu processo terapêutico (reconhecendo, esclarecendo e compreendendo) desenvolve também um aumento das suas competências e promove um maior autoconhecimento, útil também para melhor compreender o outro.

Peplau estabeleceu o processo de comunicação e relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidado humano, estimulando a confrontação das dificuldades ou problemas e o desejo de permanecer saudável. Para o desenvolvimento da relação terapêutica Peplau definiu 4 fases relacionando estas fases com o desenvolvimento dos subpapéis do enfermeiro durante a relação terapêutica, nomeadamente de desconhecido, pessoa significativa, técnico, conselheiro (Pinheiro et al, 2019).

### **Fase de Orientação**

Na fase de orientação ocorre a primeira interação enfermeiro-utente, é ainda um primeiro encontro de duas pessoas desconhecidas, sendo necessário a identificação das necessidades do utente. São necessárias técnicas de comunicação indispensáveis para a compreensão do problema, expectativas, experiências passadas, o contexto envolvente, procurando também amenizar a tensão e ansiedade próprias de um primeiro contacto. O enfermeiro tem um importante papel ao responder às dúvidas do utente, a clarificar os papéis para a relação terapêutica, identifica os principais problemas e utiliza os recursos e serviços disponíveis (Peplau, 1990).

Ao utilizar as técnicas de comunicação terapêuticas, o enfermeiro auxilia o utente a expressar os seus sentimentos, promovendo assim uma melhor compreensão da situação atual tal como é vista pela pessoa auxiliando na sua consciencialização para o problema (Peplau, 1990).

### **Fase de Identificação**

A fase de identificação começa quando o utente colabora de forma “efetiva” com o enfermeiro. O enfermeiro auxilia o utente a identificar as principais estratégias para atender às suas necessidades, fazendo assim com que o utente comece a ter um sentimento de pertença e uma capacidade em lidar com o problema, empoderando este para o seu papel e diminuindo a sensação de desespero e desconforto (Peplau, 1990).

Nesta fase os esforços do enfermeiro devem direcionar-se assim para uma aprendizagem construtiva e ativa do utente face ao seu problema e necessidades,

identificando também os recursos disponíveis, de forma a que o utente possa desenvolver respostas eficazes independentemente da enfermeira (Peplau, 1990).

### **Fase de exploração**

Na fase de exploração a relação entre o enfermeiro e a pessoa é fortalecida, o utente tem já uma participação mais ativa nos cuidados e explora ao máximo os recursos aprendidos indispensáveis para o seu desenvolvimento e crescimento. Nesta fase ocorre uma extensão do self da pessoa (Peplau, 1990).

O princípios e técnicas da entrevista devem ser utilizados pelo enfermeiro para explorar, compreender e auxiliar o utente a lidar adequadamente com o problema subjacente.

Por vezes nesta fase o utente pode flutuar em termos de independência, podendo surgir alguns conflitos. Caso ocorram, o enfermeiro deve continuar a promover a satisfação das necessidades do utente com a intenção de ir potenciando a sua autonomia e diminuir a dependência em relação ao profissional, preparando-o assim para a última fase da relação (Peplau, 1990).

Com o culminar desta fase o utente sente-se capaz de resolver os seus problemas de forma gradual, sente-se com mais autonomia e mais empoderado, consciente das suas capacidades e estratégias para lidar com a adversidade, sendo também importante que a pessoa conheça os seus sinais de alarme de forma a voltar a solicitar apoio se necessário.

### **Fase de resolução**

As necessidades do utente já foram satisfeitas através da relação terapêutica enfermeiro-utente, dá-se o término da relação terapêutica.

O ideal seria que essa fase coincidisse com a resolução do seu problema clínico, no entanto, em alguns casos tal facto não acontece, pois, o utente mesmo recuperado não apresenta real vontade de concluir a doença e a sua causa (Peplau, 1990).

Para que esta resolução aconteça positivamente é importante a libertação de forma gradual com o enfermeiro e o fortalecimento da capacidade da pessoa agir por si mesma de forma eficaz, mostrando equilíbrio emocional. Ambos os intervenientes saem da relação terapêutica de forma mais madura (Peplau, 1990).

Tal como mencionado anteriormente, durante o desenvolvimento da relação terapêutica, o enfermeiro pode assumir diferentes papéis que podem surgir nas diversas fases da

relação terapêutica enfermeiro-utente, nomeadamente: papel de estranha, papel de pessoa de recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituto e papel de conselheira (Pepalu,1990). Todos estes papéis possuem uma grande importância para a compreensão dos focos sensíveis para a prática de enfermagem no decurso da relação terapêutica.

Pinheiro et al (2019) mencionam o papel de conselheira como o papel de maior relevo para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, justificando-o como a necessidade de uma postura diferenciada do enfermeiro face aos desafios da relação terapêutica, sendo necessário o recurso a técnicas comunicacionais terapêuticas com o objetivo de fomentar a superação das dissociações facilitando a integração da consciência.

O recurso à escuta ativa, uma postura adequada, o olhar próximo, são técnicas importantes no decurso da relação terapêutica. Para Peplau (1990) quando as intervenções de enfermagem utilizam estas técnicas comunicacionais não diretivas durante a relação terapêutica, proporcionam ao utente que este se compreenda e se debruce melhor sobre si mesmo potenciando assim o sucesso terapêutico. Para além disso, o enfermeiro, os seus autoconceitos e o seu autoconhecimento irão influenciar também o desenvolvimento da relação terapêutica.

Para concluir esta temática, a Teoria de Peplau enfoca o potencial terapêutico do relacionamento enfermeiro-utente e mostra que, embora o enfermeiro possa administrar fármacos auxiliar noutros tratamentos psiquiátricos, o principal modo como o profissional influencia diretamente o cuidado à pessoa é através do uso que faz de si mesmo enquanto lida com o utente em interações individuais. Tal facto converge para as competências do EESMP, como pode ler-se no preâmbulo da Ordem dos enfermeiros (2018, pág.21427):

*“O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.”*

A teoria das relações interpessoais possibilita ao EESMP o encontro com a sua identidade como profissional e terapeuta contribuindo para a valorização pessoal,

colocando-o como instrumento terapêutico indispensável nos contextos cujo foco é a saúde mental.

No decurso da interação terapêutica com os utentes durante o ensino clínico, a minha abordagem foi de encontro a este referencial teórico. Desde o primeiro ensino clínico onde tive as minhas primeiras intervenções com a pessoa com doença mental que coloquei em prática e refleti sobre as várias fases da relação terapêutica e a minha abordagem com o utente em cada uma delas.

Foi igualmente importante o estabelecimento de uma relação terapêutica com os cuidadores da pessoa com demência no sentido de chegar mais próximo do utente cuidador, perceber as suas reais necessidades e dificuldades e intervir com a psicoeducação, sempre com o olhar atento, mostrando uma atitude de respeito, proporcionando assim uma assistência de qualidade.

No utente em seguimento na consulta de cessação alcoólica foi notória a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica para compreender melhor o processo de desabitação alcoólica de cada utente. Além disso é crucial uma relação enfermeiro-utente fortalecida, para que em conjunto consigam encontrar estratégias para fazer face às dificuldades encontradas no processo de desabitação alcoólica, contribuindo assim para uma melhor adesão e sucesso terapêutico.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO**

Durante a formação do EESMP, os estágios são uma parte fundamental no processo de aprendizagem, proporcionando oportunidades valiosas de crescimento e desenvolvimento profissional.

Cada contexto clínico ofereceu uma perspetiva única sobre os desafios e as necessidades dos utentes, enriquecendo a minha compreensão e habilidades como EESMP. Seguidamente é realizada uma breve descrição dos contextos de cada estágio realizado.

### 3.1 Estágio de natureza profissional I – Internamento de agudos

O estágio em contexto de internamento realizou-se numa unidade hospitalar da região Norte, teve a duração de 6 semanas e decorreu no período entre 4 de setembro a 13 de outubro de 2023. Teve como principal objetivo intervir como elemento da equipa multidisciplinar integrando os cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica à pessoa com patologia do foro mental.

O serviço de Psiquiatria é constituído por duas unidades, ambas com valências assistenciais: Hospital de Dia de psiquiatria, consulta externa de psiquiatria, visitação domiciliária e consultas de pedopsiquiatria. O internamento de agudos existe apenas no hospital principal.

O serviço de internamento admite pessoas com patologia mental em fase aguda, ou outros, que não tenham diagnóstico psiquiátrico definido e que necessitam de cuidados especializados na área da saúde mental e psiquiátrica. São ainda admitidos doentes com patologia mental crónica para descanso do cuidador.

Os utentes admitidos neste serviço de internamento encontram-se em situação de crise e são internados de forma voluntária, ou involuntária segundo a lei da Saúde Mental 35/2023.

A entrada para este serviço ocorre maioritariamente pelo serviço de urgência, como neste hospital não possui urgência psiquiátrica, os utentes vêm de 2 urgências psiquiátricas dos hospitais referenciados para o efeito, ou através de referenciação da consulta externa.

Após alta, os utentes mantêm o acompanhamento na consulta externa, podendo também manter a vigilância pela equipa de intervenção comunitária.

O serviço tem uma lotação de 41 camas, distribuídas por 16 enfermarias (duas individuais, três duplos e as restantes triplas).

A equipa é constituída por profissionais de saúde de variadas áreas de intervenção e especialidade:

- ✓ 16 auxiliares de ação médica;
- ✓ 20 enfermeiros (enfermeiro chefe; 11 enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica e os restantes enfermeiros generalistas);
- ✓ 5 médicos;
- ✓ 1 psicólogo;
- ✓ 1 terapeuta ocupacional;
- ✓ 2 assistentes sociais.

No que respeita a atividades desenvolvidas no serviço de internamento, são variadas e previamente estipuladas, algumas realizadas por um EESMP ou multidisciplinarmente com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional. Os utentes participam mediante avaliação prévia de critérios de inclusão. As intervenções Psicoterapêuticas com o EESMP desenvolvem-se no turno da manhã ficando sempre um EESMP supranumerário para poder concretizar essas intervenções. Em equipa foram criados procedimentos internos acerca das intervenções psicoterapêuticas com grupos de trabalho para cada área, de forma a uniformizar os cuidados e intervenções.

A passagem de turno no período da manhã, normalmente, para além dos enfermeiros está também presente um elemento da equipa médica para que a articulação ocorra de forma complementar. Paralelamente a esta articulação existe também uma reunião semanal com todos os grupos profissionais, médicos Psiquiatras, um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social, onde são discutidos em equipa todos os casos dos utentes internados. Esta reunião é de extrema importância para o sucesso terapêutico com o utente, além de permitir a todos os grupos profissionais expressarem o plano terapêutico e as suas intervenções realizadas a cada utente bem como, um planeamento e estabelecimento de objetivos importantes para o tratamento. O contributo de todos os grupos profissionais está presente neste contexto clínico, ocupando cada grupo profissional o seu lugar e criando sinergias entre os vários profissionais de forma a potenciar as intervenções à pessoa com doença mental.

Uma vez por semana também é realizada uma reunião com todos os utentes em simultâneo onde podem expressar aspetos positivos e negativos do internamento, bem como alguns pontos que podem ser melhorados para que se sintam acolhidos e ouvidos. Cada enfermeiro tem utentes atribuídos para o turno onde prestam cuidados individualizados, sendo que as intervenções diferenciadas do EESMP a cada utente são realizadas de forma oportunista face às necessidades identificadas e à disponibilidade de cada enfermeiro durante a sua jornada de trabalho.

Este serviço de internamento é um serviço de acesso condicionado, tendo no exterior uma campainha e só pode ser aberta pelos profissionais do serviço. Além disso, esta unidade adota medidas específicas para manter a segurança e controlo de todos os utentes internados, tais como portas fechadas à chave, janelas trancadas e privação de alguns bens pessoais do utente tais como, telemóvel, tabaco ou computador. São medidas gerais, não prevendo o utente na sua individualidade, mas são fundamentais para que todos estejam em segurança. De forma a contornar esta situação, o serviço

possui duas áreas abertas ao ar livre, sem acesso para o exterior do hospital, para que os utentes internados não sintam tanto a restrição estabelecida no interior. Para além disso, para os utentes que se encontrem em fase mais estável e identificados pelo enfermeiro podem ir ao exterior do serviço tomar café após o pequeno almoço acompanhados por um enfermeiro e um auxiliar.

Todos estes aspetos do serviço de internamento têm em conta que a pessoa internada tem direitos e deveres e que devem ser respeitados com dignidade, respeitando também os direitos universais do homem e do cidadão, observando a pessoa além do seu ponto de vista clínico e da sua patologia, tal é descrito pelo código deontológico da ordem dos enfermeiros (2015a) e pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) previsto no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019) e que irá ser alvo de reflexão no capítulo 4.1.

### **3.2 Estágio de Natureza Profissional II – Comunidade**

O estágio da Comunidade realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na região Norte durante o período compreendido entre 02 de novembro a 07 de dezembro de 2023. Teve como principal objetivo intervir em contexto da comunidade na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica, bem como o desenvolvimento das competências descritas no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto (OE, 2018).

Com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários em 2006 os tradicionais Centros de Saúde foram reconfigurados em ACES com várias tipologias de unidades funcionais onde o trabalho em equipa e a qualidade organizativa centrada no cidadão constituem melhores ganhos em saúde. A UCC foi criada pelo Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro e regulamentada pelo Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, é pautada sobretudo pelo trabalho na Comunidade, sendo um dos pilares fundamentais a prestação de cuidados em contexto domiciliário. Neste despacho pode ler-se que

“1- A UCC é uma das unidades funcionais dos ACES, em conformidade com o estipulado no nº 2 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. 2 - A atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão. 3- A UCC situa-se,

preferencialmente, nas instalações de cada centro de saúde pertencente ao respetivo ACES. 4 - A UCC intervém no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional”.

Esta UCC assegura respostas integradas, articuladas e diferenciadas de grande proximidade às necessidades em cuidados em saúde à população alvo da sua intervenção. Esta articulação é realizada com as equipas de saúde familiar que integram o ACES e outros parceiros da comunidade, numa perspetiva de cuidados em rede. A UCC intervém na população residente e inscrita na área geográfica da freguesia onde se encontra.

Tem como objetivo prestar cuidados em saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Esta unidade de cuidados na comunidade é constituída por uma equipa multiprofissional, desenvolvendo a sua atividade nas seguintes valências:

- Cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Comunitária, Saúde Mental e Psiquiátrica e de Reabilitação.

- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

- Intervenções de Fisioterapia

- Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados: Nutrição, Serviço Social

- Serviços prestados por Assistente Técnico

A UCC funciona das 8 às 20h nos dias úteis e aos fins de semana e feriados funciona apenas a Equipa de Cuidados Continuados Integrados das 9 às 17h, podendo funcionar 24h, se programado.

Concretamente a equipa de Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica é constituída por 3 EESMP sendo as principais áreas de atuação são:

- Promover o desenvolvimento de atividades/ programas no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente à população adulta e idosa, e à pessoa com perturbação mental e sua família/cuidador;
- Promover e participar em iniciativas na comunidade no âmbito da sua área de especialidade;
- Promover a articulação entre as várias áreas de especialidade em enfermagem;

Esta equipa segue o modelo individual de cuidados integrados de gestor de caso, importante para a melhoria da qualidade e eficácia na implementação de cuidados individualizados (Gonzales, et al 2003).

Especificamente na perturbação neurocognitiva (PNC) com o objetivo de garantir o acesso a cuidados em saúde para a pessoa com alteração na cognição e para o cuidador, a equipa desenvolveu o programa “Viver com a demência”. Este projeto tem como foco o utente/cuidador e funciona em articulação com a rede social e os vários níveis de cuidados garantindo a continuidade de cuidados. Tem como principais objetivos a promoção da melhoria ou manutenção da cognição, a promoção e a capacitação do papel do cuidador e a diminuição da sobrecarga do cuidador. Desenvolve intervenções psicoterapêuticas como a estimulação cognitiva e/ou psicoeducação, individualizadas na unidade ou domicílio, segundo o grau de dependência do utente e com periodicidade definida por cada EESMP tendo em conta as necessidades identificadas. O programa contempla também atividades em grupo como o treino cognitivo, para utentes com PNC minor e major em fase inicial e o projeto Es(tar) com a demência destinado à psicoeducação dos familiares cuidadores da pessoa com demência (Sousa, 2017).

A equipa faz também o acompanhamento do doente mental grave tanto em contexto domiciliário como na unidade, mantendo o gestor de caso como modelo de cuidados.

### **3.3 Estágio de Natureza Profissional III – Unidades**

O estágio de natureza profissional III – especialidades – realizou-se na consulta externa de Psiquiatria num hospital da zona Norte durante o período compreendido entre 11 de dezembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024. Teve como principal objetivo a aquisição de conhecimentos e competências presentes no regulamento de competências do EESMP

na abordagem do utente com problemáticas aditivas, nomeadamente com dependência de álcool.

O departamento de Psiquiatria e Saúde Mental tem um período de funcionamento das 8h às 20h, de segunda a sexta durante todo o ano. Tem como objetivo a aproximação do utente e seus cuidadores, a articulação com os cuidados de saúde primários numa abordagem biopsicossocial, com organização de respostas adequadas e articuladas com as redes locais de saúde e da segurança social, autarquias e outras estruturas comunitárias. Funciona em regime de multidisciplinaridade, estando o departamento dotado de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, assistentes técnicos e operacionais.

Este ensino clínico foi realizado concretamente na consulta externa funcionando neste local o hospital dia e as consultas programadas. O hospital dia funciona de segunda a sexta das 9h às 16h e tem como objetivo o desenvolvimento de atividades diárias com os utentes, de forma a reduzir a necessidade de internamento, estando alocado um EESMP que desenvolve intervenções psicoterapêuticas individuais e/ou em grupo com a finalidade ajudar o utente a recuperar a saúde, auxiliando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tanto quanto possível.

Na consulta externa o EESMP desenvolve atividades ao longo de todo o ciclo vital do utente, funcionando também a consulta de psiquiatria da Infância e da adolescência. A consulta de pedo psiquiatria é composta por um EESMP que acompanha a criança, tendo também sido alargada com uma equipa comunitária multidisciplinar, composta por um pedopsiquiatra, psicóloga, EESMP e terapeuta ocupacional que se desloca aos concelhos mais distantes para o acompanhamento das crianças referenciadas para a consulta.

Relativamente às atividades desenvolvidas pelo EESMP no acompanhamento do utente com perturbação mental na idade adulta, a consulta externa dispõe de consulta especializada no utente com POC, consulta ao utente com demência e consulta ao utente com problemas ligados ao álcool.

No sentido de dar resposta ao plano de recuperação e resiliência negociado entre o Estado Português e a Comissão Europeia onde prevê a necessidade de criação de equipas comunitárias de saúde mental, com o objetivo de aproximar os serviços de saúde mental da população que acompanham e assegurar respostas ao utente no contexto onde está inserido, foram criadas 2 equipas comunitárias em 2 concelhos

distintos. São equipas multidisciplinares que integram um EESMP em cada equipa, dando assim seguimento ao doente mental grave.

No departamento de Psiquiatria o EESMP desenvolve competências para uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental e no tratamento e reabilitação psicossocial. O EESMP apresenta-se como instrumento terapêutico, dotado de conhecimentos, capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem aplicar competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o exercício profissional. Com esta prática clínica estabelece relações de confiança com o utente, assim como aumenta o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas formas de resolução dos problemas detetados.

Este ensino clínico teve como principal objetivo o acompanhamento do utente com problemas relacionados com o álcool referenciados para a consulta de Alcoologia. A consulta de Alcoologia deste hospital dispõe de uma consulta de enfermagem especializada para o efeito designada de CECA- Consulta de enfermagem de Cessação Alcoólica-. Os utentes numa primeira consulta são observados pelo Psiquiatra e pelo EESMP no mesmo dia e mediante a avaliação inicial do EESMP mantém seguimento na consulta do EESMP. Esta consulta tem como objetivo o acompanhamento do utente com cessação alcoólica, nomeadamente a consciencialização para o problema, motivação para a modificação de comportamento, transmitindo conhecimentos sobre a doença e suas fragilidades e promoção de um estilo de vida saudável.

#### **4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista é uma área crucial na formação e intervenção com uma base sólida de pressupostos teóricos orientadores. Esses pressupostos teóricos não apenas orientam o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista, mas também promovem uma prática reflexiva e baseada em evidências. Ao integrar esses fundamentos teóricos na formação e na prática profissional, os enfermeiros podem oferecer cuidados de alta qualidade, promover a inovação e aprimorar continuamente as suas habilidades para atender às necessidades em constante evolução das pessoas e da sociedade.

## **4.1 Os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas necessitam de desenvolver competências profissionais nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados; e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências encontram-se regulamentadas e legisladas no Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista nº 140/2109, Diário da República: II Série, nº 26 (OE, 2019).

Segundo este regulamento as competências comuns são descritas como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p.4775).

### **4.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal**

A Competência “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4745), assenta no conhecimento do código ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas respeitando as preferências do utente, demonstra-se no exercício seguro, profissional e ético, e no uso das aptidões de tomada de decisão ética e deontológica.

As intervenções de enfermagem devem ser realizadas, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros artigo nº 99 da lei nº 156/2015 de 16 de setembro, “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (OE,2015a pág. 38). Segundo o postulado no artigo n.º 100 da lei referida anteriormente, o enfermeiro tem a obrigação de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.” (OE, 2015a pág. 50).

Agir com responsabilidade na enfermagem implica que o enfermeiro tenha presente os seus atos inerentes ao seu processo da tomada de decisão. Segundo Deodato (2008 pág 38) “o pano de fundo é naturalmente a Ética de Enfermagem, incluindo aqui os valores e os princípios relativos ao exercício profissional” enunciados no artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro.

Assim, segundo a Ordem dos Enfermeiros, é na tomada de decisão que o enfermeiro direciona o exercício profissional autónomo, o que envolve uma abordagem sistémica e organizada. Segundo o REPE (1996, p. 2961) no artigo nº 8 do decreto-lei nº161/96, de 4 de setembro, “no exercício das suas funções, os enfermeiros devem optar por uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

Dessa forma, a prática profissional do enfermeiro especialista, tem por base um exercício profissional e responsável, sendo desenvolvida através da manifestação de tomada de decisão ética e deontológica nas diversas situações da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da implementação de intervenções suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, promovendo sempre a proteção dos direitos humanos e da gestão de práticas de cuidados que respeitem a privacidade, segurança e dignidade de todas as pessoas nas diversas fases do seu ciclo vital.

Importante refletir que na saúde mental e psiquiátrica, a pessoa encontra-se numa situação de fragilidade, em que tem diminuída a sua liberdade, podendo por vezes não ter capacidade de pedir ajuda e autorregular-se. Assim, mais do que uma prática profissional e ética como a competência prescreve, torna-se emergente um “cuidado ético” do EESMP (Nunes, 2014).

Neste contexto foi necessário também ter conhecimento acerca da nova Lei da Saúde Mental 35/2023, nomeadamente do seu quadro jurídico devido a situações que acontecem diariamente no exercício da saúde mental e psiquiátrica como o caso do internamento involuntário. No artigo 8 nº 4 (pág. 5) pode ler-se:

- “A pessoa em tratamento involuntário tem, em especial, o direito de:*
- a) Ser informada e, sempre que necessário, esclarecida sobre os direitos que lhe assistem;*
  - b) Ser esclarecida sobre os motivos do tratamento involuntário;*
  - c) Participar, na medida da sua capacidade, na elaboração e execução do respetivo*

*plano de cuidados e ser ativamente envolvida nas decisões sobre o desenvolvimento do processo terapêutico;”*

No estágio de internamento foram vários os casos que observei de internamentos involuntários, onde estas premissas estiveram presentes, onde o respeito pela pessoa e pela sua condição são cruciais para o sucesso terapêutico. A pessoa tem o direito de ter o acesso à informação e aqui o EESMP tem um importante papel em adequar a comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica mesmo nas fases onde o utente apresenta alterações de comportamento e revela pouco juízo crítico face à sua condição.

Nesse mesmo ensino clínico, onde os utentes encontram-se muitas vezes privados da sua liberdade, pelo condicionamento ao exterior e aos seus pertences pessoais, como já foi mencionado, o agir ético e profissional do EESMP passa muitas vezes por aliviar essas barreiras ao estabelecer uma relação terapêutica com o utente, promovendo a compreensão e aceitação, ao justificar ao utente que essas medidas são para o bem comum de todos os utentes internados. Ao avaliar cada utente individualmente e sempre que o utente apresente um comportamento ajustado e juízo crítico presente, são permitidas pequenas saídas ao exterior para atenuar essa privação, para que o utente se sinta parte integrante do seu processo terapêutico. Esta situação vai de encontro aos princípios da beneficência e maleficência descrita pela Bioética e direitos humanos, que prevê o bem do utente, minimizando qualquer efeito nocivo que possa afetar o utente quando este se encontra com um comportamento desajustado (UNESCO, 2015).

Outro aspeto que mereceu a minha reflexão e análise dentro deste domínio das competências comuns do enfermeiro especialista ocorreu durante o segundo ensino clínico onde a atuação do EESMP ocorre na sua maioria no domicílio do utente. O utente em situação de maior vulnerabilidade e dependência necessita da continuidade dos cuidados de enfermagem no seu domicílio. Contactar com o utente no seu domicílio permite ao EESMP compreender melhor as suas reais necessidades adaptadas ao seu contexto, é por isso um espaço enriquecedor nas intervenções do EESMP. No entanto, o EESMP deve ter presente questões éticas como o respeito pelo utente a sua intimidade, privacidade, salvaguardando o artigo 86º do código deontológico, respeito pela intimidade da pessoa (OE, 2015a). Esta situação entra em relação com os deveres da “Humanização dos cuidados” explícito no artigo 89º. Durante as visitas domiciliárias o enfermeiro tem o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; e contribuir para criar o

ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015ª p. 143). O cumprimento destes deveres regidos pelo código deontológico durante a visita domiciliária tornam o cuidado à pessoa único, potencializando as suas capacidades e contribuindo para a eficácia da qualidade dos cuidados prestados.

#### **4.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

O domínio da melhoria contínua da qualidade assenta em três competências, assim, o enfermeiro especialista, “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019 p.4745).

Durante o meu percurso no estágio de internamento de agudos identifiquei juntamente com os orientadores a necessidade da elaboração de um folheto informativo para facultar ao cuidador da pessoa com demência durante as sessões de psicoeducação. Nesse sentido elaborei um folheto que reúne as principais informações a serem dadas ao cuidador acerca da demência, das principais alterações, comunicação e importância da estimulação cognitiva (apêndice 1). Contribuindo para a lacuna identificada no serviço e que poderá servir de auxílio para aumentar a literacia em saúde do cuidador acerca da demência, uniformizando a informação a ser dada pela equipa, colaborando assim na construção de boas práticas.

No ensino clínico da comunidade com o objetivo de melhorar a qualidade organizacional da UCC em conjunto com a equipa auxiliei na configuração do procedimento já existente “Viver com a demência” de acordo com o preconizado pelas diretrizes da grelha de Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional (DiOr), construindo um instrumento de referência para consulta de forma simples e efetiva e colaborando para a melhoria dos padrões de qualidade em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na UCC (apêndice 2).

Segundo o Plano Nacional para a segurança dos utentes 2021-2026 a melhoria da qualidade nos cuidados é avaliada sobretudo pela eficiência e efetividade na sua prestação, sendo necessário um conhecimento atual e uma intervenção baseada na evidência, facto este também corroborado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (DGS, 2022; OE, 2015b).

### 4.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

A competência “Domínio da gestão dos cuidados” é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2019, p. 4748) como a realização da gestão dos cuidados “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.”

Neste domínio importa refletir acerca da organização de recursos humanos que garantam qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem. Para que tal aconteça e se atinja a qualidade dos cuidados de saúde, é necessário que para além das dotações seguras se garantam níveis de qualificação e competência dos profissionais. Devendo por isso a própria organização utilizar metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às necessidades reais da população.

Para além da importância da organização para uma boa qualidade de cuidados é também crucial uma prática segura inerente à prestação de cuidados de cada enfermeiro. Enquanto enfermeiros generalistas essa prática segura já é intrínseca aos cuidados, respeitando o código deontológico da profissão. No caso da prática por enfermeiros especialistas esses conceitos são impulsionados remetendo a prática para a promoção de um ambiente terapêutico seguro, devendo-se adequar às circunstâncias promovendo a efetividade terapêutica e a redução de incidentes (OE, 2019).

O EESMP para a constituição de um ambiente e prática segura necessita também de capacidades insubstituíveis em relação ao respeito por Si e pelo Outro, de iniciar e concluir relações de ajuda, de desenvolvimento do potencial do outro e de capacitação de uma prática baseada no profissionalismo e na evidência científica.

Em contexto hospitalar, nomeadamente no estágio de internamento de agudos, a gestão do risco e promoção do ambiente terapêutico, nos espaços físicos partilhados pelos utentes, quer em dinâmicas de grupo, quer em momentos espontâneos, esteve sempre presente.

Um aspeto presente e discutido com os orientadores e equipa do serviço prende-se com o facto do rácio enfermeiro-utente não ser suficiente para a prestação de cuidados individualizados pelo EESMP onde este possa intervir eficazmente com cada utente atribuído durante a sua jornada de trabalho. Esta questão já foi discutida anteriormente em equipa e foi colocado um EESMP supranumerário para que possa desenvolver

atividades psicoterapêuticas com os utentes durante o turno da manhã, mediante atividades planeadas antecipadamente e incluindo os utentes segundo os critérios de inclusão para a atividade.

Embora seja um primeiro passo para uma intervenção estruturada e com continuidade do EESMP no serviço de internamento, esta prática não reúne os pressupostos preconizados pelo regulamento das Competências específicas do EESMP, por várias razões. Primeiramente devido ao facto de os enfermeiros trabalharem por turnos, impossibilitando ser o mesmo enfermeiro a desenvolver as intervenções, não conseguindo manter um fio condutor durante as práticas. Além disso e seguindo as orientações da Ordem dos Enfermeiros relativamente às boas práticas de intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem esta consiste numa aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia que devem ser estruturadas, progressivas e sequenciais, sendo o número de sessões compreendidas entre três a doze (Sampaio et al, 2014 in Sampaio et al 2023). Face a este pressuposto e refletindo acerca da prática do EESMP neste hospital, as atividades realizadas por este profissional no turno da manhã não se encontram dentro destas indicações, sendo de extrema importância que para o sucesso terapêutico se adequem os rácios enfermeiro-utente para que se consigam estabelecer individualmente as necessidades, objetivos e diagnósticos de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, atingindo assim, ganhos em saúde e contribuindo para a boa prática do EESMP.

No ensino clínico do cuidar da pessoa em contextos especializados, o meu enfoque foi na consulta de cessação alcoólica. Durante o ensino clínico e analisando com o orientador as principais dificuldades sentidas na adesão ao regime terapêutico pelo utente, foi constatada a necessidade de intervir não só no utente, mas também nos familiares mais próximos. Tal facto pela evidência científica demonstrada poderia aumentar a adesão do utente ao tratamento, assim como o suporte emocional (Teixeira, 2012).

Nesse sentido foi desenvolvido um programa psicoeducativo para familiares do utente em consulta de enfermagem de cessação alcoólica, a ser iniciado a partir da 3ª consulta individual, altura em que já se observam alguns ganhos na diminuição alcoólica, mas as dificuldades para a manutenção dos objetivos aumentam.

Vários estudos sugerem um aumento da sobrecarga, sintomatologia depressiva e baixo nível de qualidade de vida entre os familiares coabitantes da pessoa com problemas ligados ao álcool (Maciel et al 2008; Bessa et al, 2020; Pátias et al, 2022). No entanto,

apesar de sofrerem este impacto negativo, os familiares possuem um importante papel do tratamento e reabilitação destes utentes (Soares et al, 2021).

Neste sentido, a intervenção do EESMP na abordagem do utente com problemas ligados ao álcool deverá passar não só por uma intervenção centrada no indivíduo (através de intervenções psicoterapêuticas como a técnica de modificação de comportamento, a reestruturação cognitiva ou relação de ajuda), mas também deverá ser incluída a família com intervenções psicoterapêuticas no âmbito da psicoeducação, por forma a alcançar o sucesso terapêutico.

A psicoeducação ao familiar deve incluir informação sobre a doença, para uma melhor compreensão das atitudes e comportamentos do utente, além de serem ensinadas e treinadas estratégias para lidar com a pessoa com problemas ligados ao álcool, identificando sinais precoces de recaída (Pinho, 2015).

Com base nestas evidências foi elaborado o programa psicoeducativo para familiares de utentes em CECA, que reúne as boas práticas para a execução do programa psicoeducativo, integradas no modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Sampaio, 2018), bem como a estrutura e planeamento das sessões deste programa. A fundamentação teórica bem como as boas práticas e planeamento do programa estão descritas pormenorizadamente no apêndice 3.

A duração do estágio clínico não permitiu colocar o programa em prática, no entanto ficou inserido no procedimento da consulta de enfermagem de cessação alcoólica para ser colocado em prática pelos profissionais, dando por isso resposta à competência do domínio da gestão dos cuidados, mais concretamente na dimensão C.1.1 “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2019 p. 4748).

#### **4.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista mais concretamente na competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade, pode ler-se:

*“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento*

*de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação terapêutica do Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019 p. 4749).*

Neste sentido e de forma a desenvolver o meu autoconhecimento na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e poder utilizá-lo de forma mais eficaz e assertiva na minha prática profissional, tive a oportunidade durante o estágio de internamento de agudos, em participar nas 1<sup>as</sup> Jornadas em Enfermagem de saúde Mental organizadas pelos enfermeiros desse departamento. Foi sem dúvida um momento de enriquecimento de conhecimentos e de partilha entre vários grupos profissionais que em conjunto trabalham no serviço com o utente com doença mental. Cada grupo profissional, desde os enfermeiros, os psiquiatras, a Psicóloga e a terapeuta Ocupacional puderam expressar o seu trabalho com estes utentes.

Estas jornadas permitiram-me ampliar o meu conhecimento nos esforços que estão a ser feitos por várias entidades, nomeadamente pelas autarquias locais e pelas equipas comunitárias de saúde na promoção da saúde mental e na reinserção social da pessoa com doença mental.

Fora do âmbito dos ensinamentos clínicos participei em vários congressos acerca desta temática, pois mais do que momentos de aquisição e atualização de conhecimentos importantes para uma prática clínica baseada na evidência, são momentos que contribuem para alicerçar os processos de tomada de decisão e intervenções diferenciadas na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

De modo a poder contribuir para uma prática baseada em evidências e conhecimentos recentes acerca da importância da psicoeducação ao cuidador da pessoa com dependência, alvo da minha revisão integrativa da literatura, e das características principais de um programa psicoeducativo acerca desta temática, elaborei uma sessão formativa para o Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica da ULS onde realizei o segundo ensino clínico. Esta formação teve como objetivo dar a conhecer um programa de capacitação de cuidadores de idosos com dependência, com base nas principais características que compõem um programa psicoeducativo de cuidadores de idosos com dependência e que poderá ser aplicado nos contextos da prática, tal como mencionado no plano da sessão em apêndice (apêndice 4). Esta formação foi apresentada via online com a duração de 30 minutos, tendo sido cedida a apresentação para que ficassem com o suporte teórico, de forma a poderem adaptar o programa tipo na sua prática diária (apêndice 5).

Esta sessão formativa contribuiu para o aperfeiçoamento e atualização de conhecimentos no âmbito da psicoeducação ao cuidador do idoso com dependência na prática do EESMP, permitindo-me também desenvolver a competência D2.1 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019, p. 4749)

## **5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS**

Segundo o preâmbulo do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (OE, 2018), as pessoas que se encontram a vivenciar processos de sofrimento ou aquelas que possuem alguma alteração da esfera da doença mental, têm ganhos em saúde quando cuidadas por enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, diminuindo assim, o grau de incapacidade que estas perturbações originam. É por isso da responsabilidade do EESMP a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento ou doença mental.

Desse modo, cabe ao EESMP a implementação e monitorização de planos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de acordo com o contexto existente, dos problemas e necessidade identificadas. De acordo com o Regulamento nº 515/2018, Diário da República, II Série, N.º 151 de 7 de agosto de 2018, as competências específicas do EESMP (OE, 2018 p. 21427) são:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;*

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

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

A especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica distingue-se das demais especialidades nas suas competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver juízo clínico singular, estabelecer relações de confiança e parceria com o utente, com o propósito de aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade em encontrar novas vias de resolução para os mesmos. Além disso, o EESMP distingue-se também das outras especialidades ao mobilizar-se a Si mesmo como instrumento terapêutico, onde a construção de uma relação terapêutica é fundamental para o sucesso das intervenções e objetivos identificados.

### **5.1- Cuidar da Pessoa em Internamento de Agudos**

Sendo o serviço de internamento o tratamento da pessoa em situação aguda, onde a vulnerabilidade está mais presente aliada muitas vezes com alterações de comportamento e menor juízo crítico do utente face à sua condição, é onde a comunicação do enfermeiro-utente é crucial para a base do processo terapêutico. É nesta realidade que as competências relacionais e a mobilização das estratégias de comunicação terapêutica pelo EESMP são tão desafiantes como necessárias.

É a partir do processo comunicacional que as pessoas compreendem, partilham o significado de ideias, pensamentos, propósitos e ao mesmo tempo em que satisfazem as necessidades enquanto seres de relação (Phaneuf,2005).

Reforçando assim a unanimidade quanto à relevância da comunicação para o dia-a-dia do enfermeiro como cuidador por excelência, Phaneuf (2005) afirma que a comunicação, mais do que uma escolha do enfermeiro, é uma condição “sine qua non” da qualidade dos cuidados, acrescenta também que a comunicação constitui a principal ferramenta que os enfermeiros dispõem que lhes permite assim conhecer a

personalidade, o ambiente de vida da pessoa e as suas perceções que podem ser motivadoras ou ociosas no seu processo de saúde doença.

Desta forma é imperioso que o enfermeiro adquira conhecimentos e competências, bem como adote atitudes específicas, que por sua vez permitam aprimorar a sua capacidade de diagnóstico, intervenção e de relação com o utente/família (Sequeira, 2014).

Sendo por isso a componente relacional tão importante no estágio de internamento faz sentido começar por refletir acerca da primeira competência do EESMP:

**“F1.1 Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. (OE, 2018 p. 21428)”**

Ao longo do desenvolvimento deste processo formativo muitas foram as oportunidades que permitiram desenvolver esta competência ao auxiliar no seu processo terapêutico de muitas realidades distintas, desde utentes com tentativa de suicídio, passando por utentes com alterações de comportamento, nomeadamente comportamento agressivo, até a utentes com quadros demenciais.

Esta competência está profundamente ligada ao Eu, ao individuo e pessoa que o enfermeiro é e como este se relaciona com o outro, sendo necessária uma atitude introspetiva e reflexiva que permite ao enfermeiro elaborar a sua autoanálise, refletindo sobre os seus valores e comportamentos e a exploração dos sentimentos antes, durante ou após um acontecimento. Só efetuando essa autoanálise é que se toma consciência do seu Eu e como este influencia os outros, só através desta autorreflexão é que é possível um autoconhecimento capaz de gerar um Ser, neste caso um enfermeiro mais seguro, capaz de perceber a sua vida e a daqueles que o rodeiam com mais consciência, mobilizando de forma mais eficaz os recursos psicoterapêuticos de que dispõe. A mobilização de si reflete-se na capacidade em estabelecer relações terapêuticas e condiciona os resultados esperados das intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas desenvolvidas.

Ao longo deste ensino clínico ao contactar com diferentes realidades e pessoas com necessidades distintas tive a oportunidade de aprofundar esta competência, sendo a reflexão em conjunto com os orientadores crucial para refletir acerca de elementos importantes que podem prejudicar ou potenciar a comunicação terapêutica, constituindo assim uma ferramenta de desenvolvimento na tomada de consciência e na atenção na

minha postura e das minhas competências comunicacionais aquando da relação com o outro.

Phaneuf (2005), reforça a importância da postura corporal, as atitudes corporais, os gestos, a distância assumida, o contacto visual e a expressão facial, a voz, o toque, a respiração, o silêncio e a aparência geral no contacto com o outro e no estabelecimento de uma relação terapêutica.

Na minha prática neste estágio importa refletir que nos internamentos involuntários não existe por parte do utente o reconhecimento da necessidade do seu internamento e do seu tratamento. Nestas situações a abordagem de Chalifour (2008, p. 230) é fundamental e inspiradora ao descrever um modo de intervir junto destes utentes afirmando que “o objetivo do interveniente será ajudar a reconhecer o comportamento perturbado e os seus efeitos sobre os outros, a geri-lo e controlá-lo, de modo a diminuir os seus efeitos negativos”. Neste ensino clínico presenciei várias situações deste género tendo sido importante adequar a minha comunicação e lentamente trabalhar com o utente a sua alteração de comportamento e as suas consequências. Sendo por vezes um tipo de relação terapêutica desafiante, existiram em algumas situações fenómenos de resistências e impasses terapêuticos que me permitiram refletir e geri-los com os orientadores e crescer profissionalmente nesta competência.

O estabelecimento de uma relação terapêutica e a utilização assertiva das técnicas comunicacionais estão também intimamente ligadas à segunda competência referida no preâmbulo do regulamento: **“Assiste a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (OE, 2018).

Estando também mencionado no seu descritivo: “O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento” OE, 2018 p. 21428).

Especificamente neste ensino clínico e querendo aprofundar a área da demência, importante também para o meu estudo acerca da psicoeducação do cuidador, foi-me proposta uma avaliação e intervenção num utente com diagnóstico de demência e depressão. Durante este percurso percebi que as necessidades em cuidados de saúde mental dos utentes são mais camufladas pelos sintomas da demência, não sendo facilmente observáveis e identificáveis durante a interação. Por outro lado, interagir e estabelecer uma relação terapêutica com o utente que apresenta por vezes

desorientação espaço temporal e compromisso da memória tornou-se desafiador e enriquecedor.

Neste sentido a segunda competência do EESMP foi desenvolvida com este utente onde planeei a entrevista e a avaliação inicial em saúde mental e psiquiátrica e onde foram identificadas as principais necessidades deste utente ao descrever a sua história de saúde e o seu contexto social e familiar.

No processo de cuidados, é crucial que se estabeleça uma relação de parceria entre o enfermeiro e o utente, criando deste modo um contexto para o desenvolvimento do processo de interação terapêutica onde os cuidados de enfermagem florescem. É fulcral que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica fortaleça o pensamento crítico, conduzindo à análise da informação de forma objetiva gerando apreciações fundamentadas. Todo este processo de avaliação implica a mobilização de competências científicas e técnicas como as comunicacionais, como a observação do comportamento do doente, a revisão dos registos e, ainda, a avaliação abrangente do doente e dos sistemas relevantes, como mencionado anteriormente.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica a avaliação contempla “explorar/colher dados relativos à saúde física (biológica), psicológica e sociocultural do destinatário dos cuidados (indivíduo, família ou grupos)” (OE,2017, p.3).

Para a colheita de dados além da entrevista clínica com o utente, foram também recolhidos dados através de contacto telefónico com familiar de referência do utente e analisado o processo clínico.

A orientação do pensamento para o estabelecimento de diagnósticos e para a caracterização do problema esteve presente na avaliação do impacto que a situação identificada tem na qualidade de vida e bem-estar do utente, com ênfase na sua funcionalidade e autonomia, entrando assim na terceira competência do EESMP: **“Ajuda a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”** (OE, 2018, p. 21428).

O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem, adotados pelo International Council of Nurses (ICN) e pela OE. (OE, 2015b).

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa aos problemas identificados relacionados com a doença mental, tendo como principal objetivo evitar o agravamento da situação e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE,2015b).

Com base nestas premissas foi elaborado um plano de cuidados para a situação abordada (apêndice 6), tendo em conta a classificação internacional para a prática de enfermagem e para mostrar evidência sustentada dos resultados das intervenções foi também usada a classificação dos resultados de enfermagem (CIPE, 2019; Moorhead, 2016).

Esta terceira competência do regulamento implica a aplicação do processo de enfermagem enquanto metodologia científica de intervenção em saúde mental e psiquiátrica que foi utilizada neste caso em concreto.

Para Townsend (2011), o Processo de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é dinâmico e contínuo, que se mantém enquanto o enfermeiro e o utente interagirem em direção à mudança esperada.

Durante este ensino clínico ao intervir como EESMP com este utente foi possível a prestação de cuidados psicoterapêuticos de acordo com as necessidades identificadas e com o processo de enfermagem delineado, mobilizando assim recursos psicoterapêuticos que a situação exigiu, desenvolvendo assim a quarta competência: **“Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e educacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar ou de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** (OE, 2018 p. 21430).

Nesta última competência do EESMP, pretende-se que o enfermeiro implemente as intervenções identificadas no plano de cuidados, mobilizando cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Envolvendo assim as capacidades do enfermeiro para utilizar estratégias como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018 p.21430).

Concretamente neste caso clínico as intervenções psicoterapêuticas foram todas adaptadas à condição do utente, dado o seu estado de desorientação não foi possível aplicar a reestruturação cognitiva apesar do diagnóstico de enfermagem Humor depressivo. Foram privilegiadas outras intervenções úteis nesta situação, como a

técnica de orientação para a realidade, e estimulação cognitiva que não sendo o resultado principal destas intervenções, tiveram como resultado indireto um comportamento mais calmo e humor eutímico na maioria dos dias. A par da cognição comprometida identificada foram planeadas e estruturadas várias sessões de estimulação cognitiva que o utente aceitou e participou com entusiasmo. O respetivo planeamento das sessões está descrito no apêndice 7.

A estimulação cognitiva deve assentar num processo de cooperação entre a pessoa com défice cognitivo e os profissionais tendo por objetivo tratar ou aliviar défices cognitivos resultantes de um dano neurológico (Sousa et al in Sequeira 2020). Na estimulação cognitiva podem ser utilizadas várias técnicas, entre as quais: terapia de orientação para a realidade, terapia por reminiscências, treino de funções específicas, entre outras. Neste caso concreto a terapia por reminiscências foi a que melhor se adequou, permitindo para além de estimular a memória, uma melhoria no humor e contribui para o estabelecimento de uma relação terapêutica e na interação com utente além de estimular a memória. Sendo descrita como uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que, recorrendo à recordação de eventos passados, sentimentos e pensamentos, permite melhorar a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (Sampaio et al 2023).

Neste caso em particular seria útil e benéfico desenvolver a psicoeducação da cuidadora, mas dado a impossibilidade desta em se deslocar para o hospital não foi possível realizar e planejar as sessões psicoeducativas. Teria sido importante avaliar o conhecimento da cuidadora e auxiliar na gestão do conhecimento e na adaptação face ao cuidar, aprimorando assim a quarta competência descrita. É crucial nestas situações o envolvimento da família para que possa manter a estimulação cognitiva nos cuidados diários com a pessoa com PNC e para dotar a família de estratégias e informações para lidar com a situação, fomentando assim resultados mais duradouros da estimulação cognitiva realizada no contexto de internamento. A estimulação cognitiva quando realizada diariamente no contexto natural da pessoa, com recurso a aprendizagem através da rotina melhora a funcionalidade da pessoa com PNC, aumentando a sua autonomia e o seu desempenho nas tarefas diárias (Oliveira, 2007; Nunes, 2009). Essa manutenção das funções cognitivas e executivas potenciam o humor, a autoestima e a interação social (Lourenço, 2021).

Outro aspeto que importa analisar e que não foi possível concretizar no internamento é a ligação com os cuidados de saúde primários aquando da alta. A presença de um

EESMP nos CSP é crucial para a continuidade de cuidados e suporte profissional ao utente e cuidador no seu contexto, atuando na prevenção e diminuindo a probabilidade de internamentos.

Na impossibilidade da psicoeducação à cuidadora e analisando esta situação com os orientadores do ensino clínico, foi elaborado um folheto informativo sobre a demência e principais cuidados, que serve de apoio para o EESMP aquando da psicoeducação a outros cuidadores de pessoas com demência, de forma a promover a continuidade e melhoria dos cuidados no seio da família.

Para além deste caso clínico abordado no estágio de internamento tive também a oportunidade em participar e desenvolver várias atividades que foram fulcrais para o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e que atuaram como promotoras da saúde mental, nomeadamente a dinamização do Dia Mundial de Saúde Mental com os utentes, onde foi sobretudo um momento de partilha em que os utentes foram encorajados a escrever sobre a saúde mental. Para além disso, em conjunto com a orientadora dinamizei várias sessões de relaxamento muscular progressivo a grupos de utentes com ansiedade presente.

O ensino clínico permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo das aulas teóricas, desenvolver o juízo crítico e a tomada de decisão em saúde mental e psiquiátrica, desenvolver as competências relacionais, permitindo assim um olhar abrangente e integrativo das situações. O desenvolvimento destas competências surgiu essencialmente pelas oportunidades neste contexto de estágio, pela pesquisa individual, pelas reflexões entre os pares e supervisores, traduzindo-se assim num desenvolvimento profissional enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, onde a autoconsciência, a relação de ajuda, a comunicação terapêutica são ferramentas basilares do papel do EESMP.

## **5.2 – Cuidar da Pessoa na Comunidade**

De acordo com o plano de ação para a saúde mental da OMS 2013-2020, os sistemas de saúde atualmente ainda não estão preparados para dar resposta de forma equitativa ao aumento dos distúrbios mentais, principalmente devido à desigualdade existente entre as necessidades da população e o recurso ao tratamento e assistência em todas

as fases da vida (WHO, 2021a). As mais recentes orientações da Organização Mundial de Saúde relativas à saúde mental vão de encontro ao reforço das equipas comunitárias (WHO, 2021a). Torna-se premente conhecer as necessidades reais da população de forma a dar respostas individualizadas e especializadas face às necessidades identificadas. As Unidades de Cuidados na Comunidade são uma mais valia na identificação dessas necessidades ao contactar com o indivíduo integrado no seu contexto e apoiando-o na promoção, prevenção e tratamento, além de contribuir no acompanhamento dos processos de transição das famílias.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica uma das missões passa por:

*“focar-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental”* (OE, 2018,p.21427).

Trabalho esse desempenhado também pelas Unidade de Cuidados na Comunidade e que vem reforçado pela Organização mundial de saúde no Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de programas que incidam não só nas pessoas com doença mental, mas também protegendo a saúde mental de todos os cidadãos ao longo de todo o ciclo vital (WHO, 2021a).

Nesse sentido e atendendo ao envelhecimento populacional e ao aumento do número de pessoas com perturbação neuro cognitiva, a equipa de enfermagem de saúde mental da UCC onde foi realizado o ensino clínico tem a sua maior atividade neste domínio.

Contextualizando a problemática em números a Organização Mundial de Saúde (2023) refere que em 2019 existiam 55,2 milhões de pessoas com demência a nível mundial, sendo também considerada a 7<sup>a</sup> causa de morte em todo o mundo e tornando a demência como uma prioridade de saúde pública.

Com esta realidade, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica tem a sua ação primordial na prevenção, promoção da saúde mental, na intervenção precoce, no diagnóstico e acompanhamento do utente, formulando as suas

intervenções face a diagnósticos de enfermagem. Dessa forma, a equipa de saúde mental da UCC desenvolveu o projeto “Viver com a Demência” com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde da pessoa com PNC e seu cuidador/família, numa base de proximidade e continuidade, com cuidados especializados e integrados nos vários níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde.

O projeto Viver com a demência engloba dois programas, um de treino cognitivo para o utente com o diagnóstico de enfermagem Cognição Comprometida e outro o Es(tar) com a demência (Sousa, 2017), que pretende dar resposta ao défice do conhecimento do cuidador e prevenção da sobrecarga com sessões de Psicoeducação. Ambos os programas seguem o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al, 2018) com sessões devidamente planeadas e estruturadas.

Relativamente ao programa de estimulação cognitiva, a UCC realiza sessões individuais ou em grupo. Apresenta como critério de Inclusão:

- Perturbação neurocognitiva minor ou major;
- MoCA <21, MMSE < 27 de acordo com a escolaridade;
- Motivação para participar e capaz de se deslocar;
- Cuidador Familiar que mantenha a intervenção no quotidiano;

Pretendem dar resposta ao diagnóstico de enfermagem “Cognição Comprometida”. Por Cognição entende-se “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória.” (CIPE, 2019). No caso de pessoas com PNC, esta encontra-se alterada e segundo APA (2014) têm como principais características o facto de serem perturbações onde o défice primário se identifica na função cognitiva, representando assim um decréscimo relativamente a um nível anterior de funcionamento.

Para dar resposta ao diagnóstico “Cognição Comprometida” são planeadas pelo EESMP sessões de estimulação cognitiva individuais que têm como objetivo a manutenção das capacidades cognitivas conservadas, bem como, a funcionalidade e a autonomia na realização das atividades de vida diária. No programa de estimulação cognitiva existem alguns pressupostos a atender nomeadamente, o estabelecimento de tarefas para casa entre as sessões, o resumo no final da sessão e muito importante para a eficácia da estimulação cognitiva, o envolvimento da família/cuidador capacitando-a para a realização de estimulação cognitiva no quotidiano e nas atividades, de forma a manter esta estimulação de forma contínua (Sousa et al, 2020).

Neste ensino clínico tive a oportunidade de executar a intervenção psicoterapêutica [Estimulação cognitiva] individual, no domicílio, a um utente que já era acompanhado pela EESMP. A sessão seguiu todos os pressupostos orientadores com o devido planeamento, execução e reforço da tarefa para casa. Desenvolvendo assim a segunda unidade de competência F.2.1 **“Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”** e a terceira unidade de competência F.3.4. **“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”** (OE, 2018). Nesta sessão foi objetivo trabalhar a função executiva, tendo sido planeadas várias atividades que pretendiam dar resposta a ação, nomeadamente sequência para o autocuidado: banho, bem como atividades instrumentais como usar o telefone, TV e lavar a louça. Todas as atividades começam com a técnica de orientação para a realidade e o treino de memória. Conforme descrito pela literatura a necessidade de envolvimento do familiar/cuidador na estimulação cognitiva para a sua continuidade diária, nesta sessão estiveram presentes, a esposa e o filho a quem foram dadas orientações e o reforço da execução da tarefa para casa proposta para durante a semana. O respetivo planeamento da sessão de EC no domicílio esta descrito no apêndice 8. Sendo esta experiência uma mais valia para o desenvolvimento da 4ª unidade de competência específica do EESMP referenciado no Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a **F.4.2.1” Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições”**.

Integrado na intervenção psicoterapêutica estimulação cognitiva, o programa “Viver com a demência” contempla também um projeto de treino cognitivo em grupo integrado na intervenção psicoterapêutica estimulação cognitiva.

A modalidade em grupo acrescenta a promoção da interação social e reajustamento dos comportamentos. O treino cognitivo envolve um conjunto de atividades abordando áreas específicas da cognição, como a memória, linguagem, atenção ou funções executivas. Envolve estratégias como imagens visuais e otimização da memória, com o objetivo de aproveitar as capacidades cognitivas e diminuir os défices.

Este programa tem como critérios de inclusão:

- Utentes com PNC minor ou major em fase inicial
- MoCA >14

- Da área de abrangência da UCC Escolaridade 3<sup>o</sup> ou 4<sup>a</sup> ano do ensino básico
- Capaz de se deslocar à UCC
- Motivação para participar

Relativamente ao treino cognitivo ocorre semanalmente e desenvolve-se em modalidade de grupo aberto (máximo de 6 utentes) nas instalações da unidade. A sua implementação tal como mencionado anteriormente pretende dar resposta ao diagnóstico “Cognição Comprometida”, desse modo as sessões realizadas incidem nas áreas mais afetadas da pessoa, promovendo a melhoria ou manutenção da sua cognição. Importa salientar que apesar de serem em grupo pretendem salvaguardar a individualidade de cada participante. Nas sessões em grupo além de serem trabalhados vários domínios da cognição, os momentos de interação e socialização tornam-se importantes para a expressão das emoções e para a partilha na adaptação à cognição comprometida. As sessões de treino cognitivo à semelhança da modalidade individual começam com a técnica de orientação da realidade com recurso ao calendário e com treino da memória, onde cada participante tem as suas imagens, fornecidas nas sessões anteriores, e que de acordo com a capacidade de resposta de cada um, é aumentada a dificuldade com o acréscimo das imagens. A restante sessão de treino cognitivo visa o planeamento atempado de cada domínio a ser trabalhado por sessão. A equipa de EESMP da UCC recorre à plataforma informática “COGWEB®”, programa de treino cognitivo online, onde prescreve e planeia o domínio a ser trabalhado em cada sessão, tornando assim as sessões mais dinâmicas e atrativas. Esta ferramenta informática está disponível para cada participante recorrer diariamente em sua casa, com o objetivo de manter a estimulação cognitiva, potenciando assim a eficácia das intervenções realizadas na sessão de treino. Tem a particularidade de poder ser prescrita pelo EESMP individualmente a cada utente e poder ser avaliada, em termos de eficácia e utilização, pelo EESMP à distância, tornando-a como uma poderosa ferramenta de auxílio na estimulação cognitiva. Esta plataforma é composta por vários exercícios que evoluem automaticamente por níveis ajustando-se assim ao desempenho da pessoa.

Neste seguimento, tive a possibilidade de planear e desenvolver uma sessão de treino cognitivo em grupo onde me pude aperceber da coesão do grupo, da facilidade em se exprimirem e da motivação que todos apresentam nesta dinâmica. A sessão que planeei foi dirigida para o domínio da memória, onde iniciei a sessão com a técnica de

orientação da realidade, o treino de memória com recurso às imagens (que é feito individualmente), e com o apoio da plataforma COGWEB planeei um conjunto de atividades com o objetivo de manter o treino da memória e atenção. O respetivo planeamento da sessão está explanado no apêndice 9.

Com este planeamento e intervenção desenvolvi a 4ª unidade da competência específica do EESMP, nomeadamente F.4.1. **“Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino de saúde mental”** e a F.4.2 **“Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”** (OE, 2018 p. 21430).

Ao refletir no final da sessão sobre a dinâmica pude comprovar a importância das sessões de estimulação em grupo para manter a interação social e promover o bem-estar, além do seu principal objetivo- manter a cognição-. Assunto este verbalizado pelos utentes que relatam as sessões de treino cognitivo como um momento prazeroso e identificam os seus benefícios na sua funcionalidade no dia a dia.

Após a realização do programa individual ou do treino cognitivo em grupo são avaliados os resultados das intervenções com recurso a escalas como o MoCA, Barthel, Lawton e NOC “Cognição”, após 3 meses do programa e após 6 meses do programa de 6/6 meses. A par de todas estas oportunidades no ensino clínico, pude dinamizar desde o seu início o programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017) com um grupo de 5 cuidadores de pessoas com demência. O programa Es(tar) com a demência é direcionado para a capacitação de cuidadores de pessoas com demência em estadio inicial a moderado a residir no domicílio e foi validado por Sousa (2017). Tem como principais objetivos promover o papel do cuidador, intervir ao nível da sobrecarga e dificuldades do familiar cuidador e promover o coping e a resolução de problemas (Sousa,2017). A descrição mais pormenorizada do programa será apresentada na parte 2 deste relatório no capítulo 2 referente à prática baseada na evidência.

Segundo a CIPE (2019, p. 126) o papel do cuidador é um foco de atenção sensível para a prática de enfermagem, tendo como definição:

“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”

Cuidar de um familiar com demência é um processo inesperado e que acarreta muitas dúvidas, anseios e que pode levar a sobrecarga física, emocional, social e económica. Segundo Meleis (2010) o cuidador vive uma transição situacional ao assumir o seu novo papel, sendo importante a aquisição de conhecimento/capacidades e recursos, refletindo uma incorporação de novas competências para o processo do cuidar. O EESMP pode olhar para esta transição e antecipar áreas de atuação e intervenções com vista a uma consciencialização, envolvimento e autonomia do cuidador neste novo papel, contribuindo para uma transição salubre e ajustada.

A exigência diária deste papel poderá originar situações de sobrecarga com repercussões na qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

Segundo a CIPE (2019) a sobrecarga do cuidador é designada por stress do cuidador, sendo stress referenciado como: “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.”

Apesar da relevância atribuída ao papel da família no cuidar à pessoa com demência, estes cuidadores expressam poucos conhecimentos e altos níveis de sobrecarga (Sequeira, 2013). Um familiar cuidador com conhecimentos e capacidades ajustadas ao seu papel contribui para uma melhor capacitação permitindo-o lidar adequadamente com situações mais desafiadoras no processo de cuidar resultando em menores níveis de sobrecarga.

A psicoeducação tem assumido benefícios demonstrados na capacitação do familiar cuidador e na redução dos níveis de sobrecarga e desgaste (Sousa et al, 2020).

Desse modo é urgente a implementação de programas de apoio para os cuidadores familiares de pessoas com demência (Silva et al, 2018). A existência de programas de capacitação do cuidador permite contribuir não só para a redução das repercussões negativas do exercício do papel de cuidar como também para uma melhoria dos cuidados prestados no domicílio às pessoas com demência (Sousa et al, 2020 in Sequeira et Sampaio, 2020).

Como referido neste domínio com este ensino clínico foi-me possível dinamizar 6 sessões do programa Es(tar) com a demência que me permitiu conhecer a realidade de 5 cuidadores de familiares com demência em estadio inicial e moderado, perceber as suas maiores dificuldades e dúvidas no seu papel e onde pude intervir na base do conhecimento, no desenvolvimento das competências no cuidar e na adoção de

estratégias, mecanismos de coping, métodos de resolução de problemas e gestão de conflitos inerentes ao cuidar. A dinamização e acompanhamento do grupo ao longo das 6 semanas de ensino clínico foi crucial para o envolvimento do grupo nas sessões e na interação e partilha entre cuidadores, mostrando-se esta dimensão importante na adequação dos conteúdos de forma a ir de encontro às necessidades identificadas durante as partilhas. Esta realidade permitiu-me ir de encontro à competência específica do EESMP F.4.1 **“Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”**. Sendo a psicoeducação uma intervenção psicoterapêutica aprimorei também a unidade de competência F.4.2 **“Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”** (OE, 2018 p. 21430).

No final das sessões foi muito compensador sentir e ouvir dos participantes a importância deste programa no seu bem-estar e na importância da partilha entre cuidadores, sentindo-se assim mais apoiados e mais conscientes no seu papel de cuidar. Apesar do programa ter terminado, os cuidadores e os seus familiares com demência mantêm o acompanhamento individual pelo EESMP. O respetivo plano de cuidados e planeamento das sessões encontra-se descrito no apêndice 10.

Sendo a psicoeducação do cuidador uma intervenção psicoterapêutica do EESMP crucial desde a identificação da pessoa com demência em estadios iniciais de forma a atuar o mais precocemente possível, neste estágio pude avaliar um cuidador da esposa, esta com 61 anos com diagnóstico recente de demência de Alzheimer com Atrofia Cortical posterior, com défice a nível da função visuo espacial, com grande dificuldade na leitura e reconhecimento de objetos (agnosia). Por ser um tipo de demência atípica a utente passou por diversas especialidades tendo só nesta altura o diagnóstico efetivo e o encaminhamento para o EESMP, já com vários défices. Neste seguimento foi-me proposto avaliar o cuidador no que se refere ao seu conhecimento neste novo papel, as suas necessidades e envolvimento no cuidar. Preparei assim uma sessão 0 que me permitiu explorar e avaliar todos esses domínios dando assim início ao processo de enfermagem. “O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico” (OE, 2018, p. 21428). É fulcral que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica fortaleça o pensamento crítico, conduzindo à análise da informação de forma objetiva gerando apreciações fundamentadas. Nesse contexto pude aprimorar a 2ª unidade de competência do Regulamento nº515/2018 da OE (2018) **“Assiste a pessoa ao longo**

**do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** ao executar uma avaliação abrangente das necessidades do FC. Após ter sido realizada a avaliação de continuidade ao processo de enfermagem com a formulação dos diagnósticos de enfermagem e planeamento das intervenções indo assim de encontro à 3ª unidade de competência F.3.1 **“Estabelece um diagnóstico de saúde mental da pessoa”** (OE, 2018).

Sendo este caso em particular uma forma atípica de demência com repercussões na função visuo espacial da utente, foi planeada uma visita domiciliária com o objetivo de psicoeducação do cuidador no seu contexto, dotando o FC de estratégias no local para manter a funcionalidade da esposa e fornecendo informação de técnicas de estimulação cognitiva para realizar diariamente com a esposa tendo em conta as necessidades identificadas (Apêndice 11).

Estas intervenções corresponderam a um crescimento profissional nas competências do EESMP, ao ter tido a oportunidade de intervir num caso em particular e com necessidades muito específicas que me fizeram pesquisar e aprofundar os meus conhecimentos nessa patologia peculiar com o objetivo de ir de encontro às reais necessidades do FC.

Refletindo sobre a primeira unidade de competência **“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”** (OE, 2018) posso afirmar que esteve sempre presente ao longo de todas as atividades desenvolvidas sendo a capacidade de autoconhecimento central na prática da saúde mental.

As especificidades da prática clínica em enfermagem em saúde mental incluem competências relacionais, mobilização do self como ferramenta terapêutica e mobilização de habilidades psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais no cuidado de indivíduos, famílias, grupos e comunidades no decorrer do ciclo de vida. Esta prática clínica permite o desenvolvimento de uma relação de confiança e parceria com as pessoas, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas formas de resolução, nomeadamente no utente com PNC e no FC.

Nesta ótica, o papel do EESMP passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de

aprendizagem dos indivíduos, promovendo um processo de crescimento e desenvolvimento.

### **5.3 – Cuidar da pessoa em contextos especializados**

A prestação de cuidados em contextos especializados, nomeadamente, na consulta de alcoologia foi uma experiência deveras enriquecedora. Contactar com o utente no início do seu tratamento e apoiá-lo e segui-lo ao longo de todo o seu processo de desabituação alcoólica tornou-se uma mais valia no campo das minhas competências como EESMP. Aprofundei os meus conhecimentos e experiência na abordagem ao utente com problemas ligados ao álcool e como isso afeta todas as dinâmicas na sua vida, tanto na relação consigo próprio como a alteração e degradação nos vários aspetos da sua vida familiar, laboral e social.

Através do acompanhamento destes utentes tomei consciência da linha ténue ao enveredar pela adição e o curso que esta patologia mental traz em termos de sofrimento para o próprio e para a família. Sendo necessário desde o início da abordagem com o utente a consciencialização para o problema, o apoio na tomada de decisão e o suporte na ressignificação da sua vida.

Contextualizando esta problemática, de acordo com o relatório da OCDE, Portugal corresponde ao 12º país com maior consumo de álcool. Se considerarmos apenas os 22 países da União Europeia, Portugal está na 11ª posição relativa aos consumos mais altos de álcool, dados considerados em indivíduos com mais de 15 anos (OCDE, 2023).

Já no relatório anual apresentado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências foram constatados que vários indicadores em 2021 ultrapassaram os níveis pré-pandémicos, entre eles, os readmitidos em tratamento por problemas relacionados com o uso de álcool, os internamentos hospitalares com diagnóstico principal ou secundário atribuíveis ao consumo de álcool e as sinalizações e diagnósticos de exposição de crianças/jovens a comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento (ambos com os valores mais altos dos últimos cinco anos) (SICAD,2022).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2012), este elevado consumo de álcool representa no nosso país uma questão de saúde pública, constituindo um fator de risco importante

para várias doenças, entre as quais se encontram as neoplasias, doenças cerebrovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão. Sendo também responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária.

Tendo em conta estas consequências a DGS, apoiando-se no instrumento de rastreio ao consumo excessivo de álcool elaborado pela OMS – Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT (WHO, 2001a), elaborou uma norma útil na identificação dos níveis de consumo nos Cuidados de Saúde, representando uma oportunidade de educar e aumentar a literacia acerca da problemática nos utentes e na identificação e diagnóstico de problemas associados ao consumo de álcool (DGS,2012).

De acordo com a norma da DGS 30/2012 para utentes com AUDIT com score superior a 20 compatível com alto consumo de álcool podendo sugerir uma provável dependência, é necessária a referenciação para consulta especializada. Nesse contexto, na consulta externa da Psiquiatria do hospital onde realizei o ensino clínico, funciona a consulta de Alcoologia para os utentes referenciados como provável dependência do álcool, com seguimento por equipa multidisciplinar.

Nesta consulta os utentes são observados e avaliados pelo psiquiatra e posteriormente alguns destes utentes são acompanhados pelo EESMP, na consulta especializada para o efeito. Esta consulta específica realizada pelo EESMP é denominada CECA- Consulta de enfermagem de cessação alcoólica. Para esta consulta são seguidos os utentes que cumprem os critérios nomeadamente, estar motivado para a cessação, aceitar ajuda para o processo e não estar em fase psicótica.

Esta consulta foi alvo do meu ensino clínico, com um carácter de autonomia do EESMP e onde pude aprofundar os meus conhecimentos nesta temática e desenvolver intervenções específicas como EESMP.

A consulta de enfermagem tem como principal objetivo e foco a alteração de comportamentos no sentido da cessação alcoólica com consequentes ganhos em saúde.

Na CECA, é feita a avaliação do utente segundo a avaliação inicial preconizada nos registos do S-Clínico® e preenchidas as escalas de AUDIT e CIWA-Ar para avaliação do consumo de álcool e sinais de abstinência. Após a primeira sessão o EESMP desenvolve o plano de cuidados e prepara as intervenções psicoterapêuticas que mais se adequam a cada caso, sendo a Técnica de modificação de comportamento, a mais

prevalente nas consultas. Na maioria dos casos são realizadas 6 sessões individuais com agendamento posterior de follow-up, 6 meses após término da última consulta.

Durante este ensino clínico tive diferentes experiências que me permitiram fazer uma avaliação e intervenção especializada com diferentes tipos de abordagens. Consegui ter a oportunidade de realizar vários follow-ups onde pude perceber as diferentes realidades. Situações em que a abstinência alcoólica e os ganhos em saúde para o utente e família se fizeram sentir, outras situações em que apesar de não se demonstrar a cessação completa, houve uma grande redução também ela importante para a saúde e bem-estar do utente. Poucos foram os casos, mas também existiram de recaída, sendo importante nesta situação recomençar as consultas de enfermagem e delinear novo plano terapêutico.

Com abordagens tão diversas e realidades tão distintas, foram várias as vezes que refleti e analisei a minha própria conduta, comportamento e crenças de forma a desenvolver a minha autoconsciência, melhorando dessa forma a relação terapêutica com o utente. É necessário ter consciência dos nossos limites, das nossas competências como EESMP, para moldar a nossa intervenção profissional, fomentando a melhoria dos cuidados. Com estas análises e reflexões pude aprofundar ainda mais a primeira unidade de competência **“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”**.

Num primeiro contacto com o utente através da entrevista clínica, e colheita de dados, dá-se início ao diagnóstico das suas necessidades de forma a construir um plano de cuidados individualizado. Neste estágio, segui uma utente desde a sua sessão 0 até ao final da sessão 5. Foi crucial para o desenvolvimento das minhas competências enquanto EESMP na esfera da reabilitação ter uma utente desde o início do tratamento e avaliar as várias fases, dificuldades e transformações que um utente atravessa nesta caminhada pela cessação alcoólica. O papel do EESMP é de extrema importância para o sucesso terapêutico ao providenciar suporte emocional, dotar a utente de conhecimentos, prepara-la para eventuais dificuldades que possa encontrar, treinar estratégias de autocontrolo, por forma a que esta adote um self mais consistente com o comportamento que deseja adotar.

Claro é que a mudança é da responsabilidade do utente, pois apenas desta forma a mudança será efetiva e duradoura e cabe ao enfermeiro criar um contexto no qual o utente consiga perceber a importância da adoção do comportamento salubre e as

consequências e benefícios que poderá ter, mobilizando os seus recursos internos e externos. O EESMP deve perceber em que estadios da mudança o utente se encontra, por forma a desenvolver intervenções adequadas a essa fase. A entrevista motivacional é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que se caracteriza por uma conversa construtiva acerca da mudança de comportamento, é necessária a mobilização da empatia e da escuta ativa com o objetivo de compreender a perspetiva do utente, minimizando a resistência para a mudança (Barroso, 2020). Neste caso clínico em concreto através da entrevista motivacional pode-se perceber que a utente se encontrava no estadio de preparação para a mudança, dessa forma, foram planeadas e implementadas intervenções psicoterapêuticas nomeadamente a técnica de modificação de comportamento com objetivo da promoção da mudança comportamental. A técnica de modificação de comportamento, foi a técnica mais usada neste ensino clínico, sendo uma intervenção que visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida e alterar comportamentos indesejáveis (Sampaio et al, 2023).

Até ao final do estágio este caso teve como resultado a abstinência alcoólica e foram visíveis os ganhos em saúde com a utente, com alteração do status do diagnóstico abuso de álcool para “sem abuso de álcool” e o “autocontrolo comprometido” para o “autocontrolo eficaz” e a “ansiedade presente” para “ansiedade diminuída”, resultando assim numa melhor qualidade de vida para a utente e nova entrada no mercado de trabalho. Ficou agendado o follow up para avaliação e monitorização dos diagnósticos de enfermagem. O plano de cuidados desta utente e o respetivo planeamento das intervenções psicoterapêuticas estão descritas no apêndice 12.

A minha experiência com este caso clínico enriqueceu as minhas competências como EESMP contribuindo para o desenvolvimento da segunda, terceira e quarta unidades de competência, nomeadamente a competência F.2.2. “**Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo**”, ao proceder à colheita de informação e entrevista clínica, desenvolvi também a competência F.3.4. “**realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados**” e também a competência F.4.3 “**Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, através do incremento das competências individuais, bem como a introdução de mudanças ambientais**”

(OE, 2018), ao intervir com a utente no sentido da desabituação alcoólica, potenciando a sua qualidade de vida e reinserindo-se no mercado de trabalho.

Todos os outros casos clínicos experienciados contribuíram igualmente para o desenvolvimento das competências específicas do EESMP. No entanto, o contacto com estes utentes foi mais breve, devido à maioria serem agendamentos de follow-up, e outros casos, embora em menor número por desistência das consultas.

Durante o meu ensino clínico refleti em conjunto com meu orientador de estágio, a minha abordagem com os utentes que vêm à consulta de enfermagem para reavaliação e follow-up. Desde o início das consultas de enfermagem de cessação alcoólica é estabelecida a relação terapêutica com o utente importante para o sucesso terapêutico. Este facto é notório quando regressam à consulta e interagem com o enfermeiro de referência. Depois de estabelecida uma relação terapêutica com o utente a minha entrada nas consultas como aluna de Mestrado, foi numa situação em concreto motivo de impasse terapêutico, pois o utente não verbalizava livremente os seus sentimentos e dificuldades no processo. Facto este realçado com o enfermeiro orientador que apresentava já previamente uma relação terapêutica com o utente e sentiu algum desconforto da parte deste ao questionar alguns elementos mais constrangedores. Por esse motivo e após esta reflexão em que foi detetado esse impasse, foi reagendado novamente para reavaliação, sem a minha presença, que segundo o enfermeiro, o utente já se expressou de forma mais livre, verbalizando nova recaída. Esta reflexão vai de encontro ao já anteriormente explanado no capítulo 4.1.1 referente às competências do enfermeiro especialista nomeadamente no domínio de responsabilidade profissional, ética e legal. Através de uma abordagem ética, o enfermeiro especialista estabelece uma relação de confiança que é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, devendo por isso ser sempre respeitados os princípios da privacidade e intimidade do utente.

Em alguns casos, apesar dos utentes cumprirem os critérios de referenciação para a consulta, os efeitos do elevado consumo de álcool no organismo durante longos anos deixaram consequências irreversíveis no organismo. Foi o caso de um utente que acompanhei como follow-up, que apesar de se encontrar em abstinência alcoólica há vários meses, já apresentava sofrimento físico com repercussões na sua saúde mental. Após avaliação o utente apresentava como diagnóstico de enfermagem “Humor depressivo”, referindo não ter vontade de sair de casa, nem de falar com ninguém. Foi planeada a relação de ajuda, como intervenção psicoterapêutica, com o objetivo de dar

suporte emocional ao utente, adequando o setting terapêutico para que este expresse as suas principais preocupações e se sinta compreendido, de forma que em conjunto com o utente se consigam encontrar soluções para o seu problema com os recursos que tem ao seu alcance. O utente compareceu a duas sessões, tendo sido internado posteriormente devido a uma agudização do seu estado de saúde. O meu contacto e intervenção com este utente permitiu-me aprofundar o meu conhecimento e prática na intervenção psicoterapêutica [Relação de ajuda]. O plano de cuidados e o planeamento da relação de ajuda, encontra-se apresentado no apêndice 13.

Muitas vezes o abuso de álcool inicia-se em convívios sociais, onde a cultura do álcool está enraizada como um suporte positivo à alegria e à desinibição social. Foi o caso de um utente acompanhado na CECA que após a avaliação em saúde mental se percebeu que o utente estava em fase de contemplação para a mudança, pois apesar de reconhecer o seu problema, tinha como crenças que se deixar de consumir álcool deixa de poder participar em convívios, que atribuía como muito importante para a sua vida. E que os seus amigos já não o iriam convidar para sair e que já não se iria divertir da mesma forma. Nesta situação, foram planeadas três sessões de reestruturação cognitiva com o objetivo de desafiar o utente a alterar esses padrões de pensamentos distorcidos e encarar a sua vida e o seu ambiente de forma mais realista com comportamentos favorecedores para a sua saúde. Nesta situação foram implementadas duas sessões, tendo o utente abandonado posteriormente as consultas.

Relativamente ao abandono nas consultas de enfermagem de cessação alcoólica, esta consulta teve em 2022 uma taxa de abandono de cerca de 20%. O abuso de álcool leva à dependência com consequências fisiológicas, cognitivas e comportamentais. O profundo desejo de ingestão de bebidas alcoólicas, leva à perda de controlo no seu abuso e à manutenção dos consumos apesar das suas consequências, sendo o álcool o seu principal foco em detrimento de todos os outros compromissos da pessoa (Gigliotti e Bessa, 2004).

A adesão ao regime terapêutico torna-se comprometida em 20% dos casos que chegam à consulta. Segundo a CIPE (2019) a adesão pode definir-se como:

*“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos (...) (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os*

*medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).”*

Na definição pode ler-se a importância do apoio da família para a adesão, este facto foi refletido várias vezes com o orientador que com a sua vasta experiência de seguimento do utente em CECA vê que muitas vezes a família mostra descrédito em mais uma tentativa de cessação alcoólica. Esta falta de apoio por parte da família é muitas vezes despoletada após vários anos de consumo com consequências e desgaste na dinâmica familiar, levando muitas vezes a sentimentos de desesperança e desinteresse pelo tratamento do utente. Esta situação gera maior instabilidade emocional no utente e maior risco de abandono do tratamento. Nesse sentido foi desenvolvido um programa psicoeducativo para familiares de utentes em consulta de cessação alcoólica, já anteriormente mencionado, que se pretende que seja uma mais valia para esta consulta com mais casos de sucesso e menor taxa de abandono.

Este ensino clínico permitiu-me assim aumentar os meus conhecimentos e intervir como EESMP, enriquecendo o campo das competências específicas do EESMP. O EESMP assume-se como um elemento fulcral no processo de mudança do utente em consulta de cessação alcoólica. Acompanhar o utente nas consultas e avaliar as suas mudanças de comportamento, as suas emoções e insight para o problema permitiu-me constatar a eficácia dessas intervenções. Nos casos de utentes que manifestaram recaídas, foi também necessário adotar outro plano terapêutico onde o utente tem sempre um papel ativo no seu processo de mudança, sendo também estes momentos desafiantes oportunidades de crescimento no campo das competências do EESMP.

#### **5.4 – Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica**

Os ensinamentos clínicos que tive a oportunidade de experienciar assim como os profissionais com quem contactei foram uma oportunidade de crescimento e amadurecimento no campo da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A minha experiência de 19 anos como enfermeira generalista nos cuidados de saúde primários foi importante no meu contacto com as equipas e com os utentes, no entanto a minha intervenção na saúde mental era muito restrita.

Aliar o meu conhecimento teórico com a prática diária durante o percurso de cada ensino clínico, aprender com cada EESMP e com cada utente enriqueceu o meu aprendizado.

Nunca se falou tanto em saúde mental e nunca a população esteve tão doente como atualmente. Dados da OMS (2021) referem que cerca de 1 em cada 8 pessoas em todo o mundo vive com um transtorno mental, sendo que os transtornos mentais são a principal causa de anos vividos com incapacidade. Viver com doença mental, é deveras desafiante com implicações na vida laboral e social da pessoa. A definição de saúde mental pela organização mundial de saúde vai mais longe do que a simples ausência de doença afirmando “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, para fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*” (WHO, 2001b). Nesta ótica o documento Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 reforça também a necessidade de implementar estratégias para a promoção e prevenção em saúde mental (WHO, 2021), sendo um dos objetivos o desenvolvimento de políticas e programas que incidam não só nas necessidades das pessoas com perturbação mental, mas também proteger o bem-estar mental de todos os cidadãos em todo o ciclo vital.

Estas definições, conceitos e políticas convergem para a atuação do EESMP, nomeadamente no regulamento das competências específicas onde pode ler-se:

“A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018 p. 21427).”

Ao longo dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de intervir tanto na prevenção como no tratamento e na reabilitação da pessoa, ampliando assim o meu leque de conhecimentos na abordagem da pessoa nos seus vários contextos. No internamento de agudos pude contactar com a doença mental, com a sua vulnerabilidade e com o sofrimento que a doença traz para o ser humano.

No cuidar da pessoa na comunidade vi de perto a realidade de utentes e famílias e o papel imprescindível do EESMP na promoção e prevenção da doença mental.

Na abordagem do utente em contextos especializados, nomeadamente, na consulta de cessação alcoólica pude perceber a atuação do EESMP na reabilitação da pessoa com

problemas ligados ao álcool, e das várias fases que o utente passa no seu processo de desabitação alcoólica.

É comum em todos os contextos clínicos a necessidade de estabelecimento de uma relação terapêutica e o uso das técnicas comunicacionais na relação com o utente numa atitude de empatia, respeito e confiança com base a alcançar o bem-estar e ganhos em saúde. Essas atitudes comunicacionais e o estabelecimento de uma relação terapêutica potenciam o sucesso terapêutico (Sequeira, Sampaio, 2020). Estes conceitos convergem para a teoria das relações interpessoais (Peplau, 1990), enfatizando o potencial terapêutico na relação entre o enfermeiro-utente. O EESMP, seguindo os princípios delineados por este referencial teórico concentra-se na primeira unidade de competência “Demonstra tomada de consciência de si durante a relação terapêutica” (OE, 2018, p. 21428). Ao compreender os seus próprios sentimentos e reações, o EESMP pode desenvolver uma maior empatia e compreensão na relação com o utente, facilitando assim uma relação terapêutica mais autêntica e eficaz, contribuindo para uma prática profissional mais ética, gerando melhor qualidade nos cuidados prestados.

Estes ensinamentos clínicos e o estabelecimento das relações interpessoais durante a abordagem com os utentes, contribuiu para explorar a minha identidade profissional, colocando-me como instrumento terapêutico durante a minha prática.

Para que a intervenção psicoterapêutica com o utente possa ocorrer, é necessário o estabelecimento de uma relação terapêutica desenvolvida pelo EESMP com base na confiança, onde todos os envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma construindo razões e soluções para o problema (Sampaio et al, 2016).

Após uma completa avaliação da necessidade em saúde mental e uma descrição clara da história de saúde da pessoa, é possível o EESMP estabelecer diagnósticos sensíveis à prática com prescrição de intervenções, com o objetivo de melhorar e recuperar a saúde. Durante os estágios foram várias as realidades que contactei, no entanto tive a oportunidade de observar e intervir na pessoa com demência nos vários contextos, comecei pelo internamento de agudos, onde me foi mais facilitador o planeamento das sessões de estimulação cognitiva e a sua execução com a pessoa com PNC, mas onde foi mais difícil a psicoeducação do cuidador, sendo esta vertente de extrema importância para a continuidade da estimulação no domicílio, como forma de manter as funções cognitivas o máximo de tempo possível. Em contexto clínico da comunidade foi possível

o planeamento de sessões psicoeducativas em grupo e individuais ao familiar da pessoa com demência, revelando-se importante para o papel eficaz do cuidador e redução da sua sobrecarga (Silva et al, 2018). Na comunidade desenvolvi sessões de estimulação cognitiva à pessoa com PNC no domicílio, contactando com a realidade do utente e adaptando ao seu ambiente.

Pude concluir que os dois contextos se complementam, sendo também complementar a atuação do EESMP na abordagem ao utente com demência, devendo os EESMP intervir num modelo colaborativo e de parceria ao utente com PNC e sua família.

Em suma, os ensinios clínicos constituíram-se como alicerces fundamentais na minha prática como EESMP que enriqueceram o meu percurso e que me ofereceram diversas realidades, onde aprofundei as minhas competências auxiliando a pessoa no seu processo de recuperação com uma abordagem única, com conhecimento científico, onde a relação terapêutica se evidencia como elemento central.

## **PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Enfermagem enquanto disciplina, profissão e ciência tem contribuído imenso nos últimos anos para um aumento significativo de produção de conhecimento. Olhar para a enfermagem atualmente é olhar para uma ciência robusta, clara e com um corpo de conhecimentos próprio com contributos para a sociedade.

A ciência de enfermagem tem demonstrado uma evolução de encontro com as necessidades de uma população envelhecida, produzindo conhecimento no sentido de uma melhor qualidade de vida para a pessoa idosa, com prestação de melhores cuidados (Preto, et al, 2015).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros relativo às ações autónomas dos enfermeiros pode ler-se:

“Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. (OE, 1996 p 4).

Deste modo e refletindo acerca deste pressuposto pode afirmar-se que numa intervenção de enfermagem autónoma está implícita a investigação em enfermagem.

Face a estas considerações acerca da profissão e ciência de enfermagem, foi realizada durante este percurso académico a prática baseada nos conhecimentos científicos e atuais do EESMP na intervenção com o cuidador da pessoa com dependência, estando explanados nos dois capítulos seguintes.

O primeiro capítulo é referente à revisão integrativa da literatura realizada com o tema “Características de um programa psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência”.

O segundo capítulo reflete a prática resultante da aplicação das principais características de um programa psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência, com base nas principais conclusões obtidas pela revisão da literatura, bem como os resultados dessa aplicação do programa.

## **1. Revisão Integrativa da Literatura:**

### **Capacitar para cuidar: Características de um Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência**

#### **Introdução**

O envelhecimento populacional associado a uma maior longevidade é uma realidade atual, com várias consequências para a sociedade. Com o avançar da idade, a pessoa idosa vai perdendo capacidade funcional, traduzindo-se muitas vezes em dependência nas suas atividades de vida diárias.

Segundo Sequeira (2018), entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável no que diz respeito às suas necessidades, devido a estar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outra pessoa.

O aumento do número de idosos e do índice de dependência tem como consequência direta um aumento do número de cuidadores informais (Sequeira, 2018).

Os Cuidadores Informais são pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e ou, dependência, parcial ou total, realizando-se fora do âmbito profissional ou formal (Teixeira, et al, 2017).

Cerca de 80% dos cuidados a pessoas dependentes são realizados por cuidadores não profissionais, ou seja, não remunerados (Teixeira, et al, 2017). A família é a principal fonte de cuidadores informais.

As responsabilidades inerentes ao cuidar que recaem sobre o cuidador exigem de uma forma geral um maior envolvimento e desgaste do cuidador, colocando-o em risco para a sua própria saúde física e mental, aumentam os sentimentos de desesperança, quadros depressivos e irritabilidade emocional que advêm da necessidade de prestarem cuidados diariamente. (Kim et al, 2012)

O stress associado ao cuidar de uma pessoa idosa com dependência física ou mental traduz-se assim em sobrecarga. Segundo Sequeira (2018) a sobrecarga do cuidador, neste contexto significa fardo/tensão e refere-se a um desgaste por cansaço inerente à exposição do cuidador a fatores de stress significativos que advêm do cuidar do outro.

A sua definição engloba o conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com o idoso dependente.

É urgente e necessário criar interfaces que permitam dotar estes cuidadores de conhecimentos, habilidades, estratégias e suporte para desempenhar este papel que é o Cuidar com qualidade de vida para o cuidador e para o idoso dependente. Neste sentido a Psicoeducação tem assumido importância na intervenção com cuidadores informais.

A psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar a pessoa de conhecimentos acerca da doença, e uma componente de suporte emocional, abordando a gestão de emoções (Santos et al, 2011). O seu objetivo é reduzir o stress relacionado ao cuidado, fornecendo informações de saúde de acordo com as necessidades, apoiando o cuidador emocional e psicologicamente e ajudando a perceber a sua situação atual e o seu papel (Elsheikh, et al, 2022). Esta deve ser delimitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas (Amaral et al. 2020). A psicoeducação é uma intervenção realizada por EESMP visando a literacia em saúde mental, capacitando assim a pessoa para a adoção de comportamentos promotores de saúde (Amaral et al. 2020).

Estudos revelam que programas psicoeducacionais individuais ou em grupo, apontam para uma melhoria não só da sobrecarga, mas também para um aumento do bem-estar, diminuição de ansiedade, aquisição de estratégias de resolução de problemas e aumento das competências e autoeficácia (Silva et al, 2018; Dovi et al, 2020). Daí que os programas psicoeducativos são uma mais valia para a capacitação do cuidador.

Capacitar um cuidador informal não significa que este adote o papel do profissional de saúde, mas sim assume-se como parceiro de cuidados, devendo ter o enfermeiro na retaguarda de modo a apoiá-lo e continuar a validar o seu conhecimento e competências no decurso do cuidar do idoso dependente (Sousa, et al, 2016). O profissional de saúde ao capacitar o cuidador colabora para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que podem facilitar o desempenho do papel promovendo assim, um cuidado menos desgastante e melhor planeado (Bicalho et al, 2008).

Nesta perspetiva foi objetivo do estudo identificar as características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência, de forma a que seja possível desenhar um programa psicoeducativo que dê uma resposta adequada à capacitação dos cuidadores.

## **Métodos**

Atendendo à questão de investigação e respetivos objetivos, a presente revisão integrativa da literatura sobre “Quais as características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de Idosos com dependência?” visa identificar a evidência científica sobre esta temática, esperando ser um contributo para a psicoeducação dos cuidadores. Para a sua concretização e pergunta de partida foi utilizada a metodologia PICO. A metodologia PICO é uma abordagem estruturada para formular perguntas de pesquisa clínicas, representando o acrónimo para paciente (P), intervenção (I), comparação (C) e outcomes (O) (Santos et al, 2007). Neste caso concreto e atendendo à pergunta de partida, utilizou-se Cuidadores de idosos com dependência (P), programa psicoeducativo (I), e a capacitação do cuidador (O).

Para responder a essa questão foi utilizada uma revisão integrativa da literatura, de acordo com os passos sugeridos por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: psychoeducation e os seguintes descritores: “caregivers” and “aged”, bem como a palavra chave “Psicoeducação” e os descritores “cuidadores”, “idosos” em Português. Para esses descritores e palavras-chave, os estudos foram pesquisados pela via EbscoHost na base de dados Medline e CINAHL, e também utilizados a base de dados Rcaap e Pubmed durante o mês de janeiro de 2023.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2017 e 2022, em língua Portuguesa e Inglesa e disponíveis em free full text. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados segundo os objetivos, tipo de estudo, amostragem, características e os resultados obtidos. Foram excluídos os artigos referentes a programas psicoeducacionais aplicados a cuidadores de outras faixas etárias, programas que não eram realizados por enfermeiros e por não apresentarem um programa psicoeducacional estruturado.

## **Resultados**

Foram encontrados 1 artigo na base Medline, 1 na CINAHL e 2 artigos na Pubmed, tendo sido incluídos 4 artigos, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Os estudos encontrados (n=4) apresentam um programa psicoeducativo estruturado e são realizados por enfermeiros. Na Fig. 1 é apresentada a seleção de estudos realizada

segundo os critérios de inclusão estabelecidos da base de dados Medline, CINAHL, Rcaap e Pubmed.

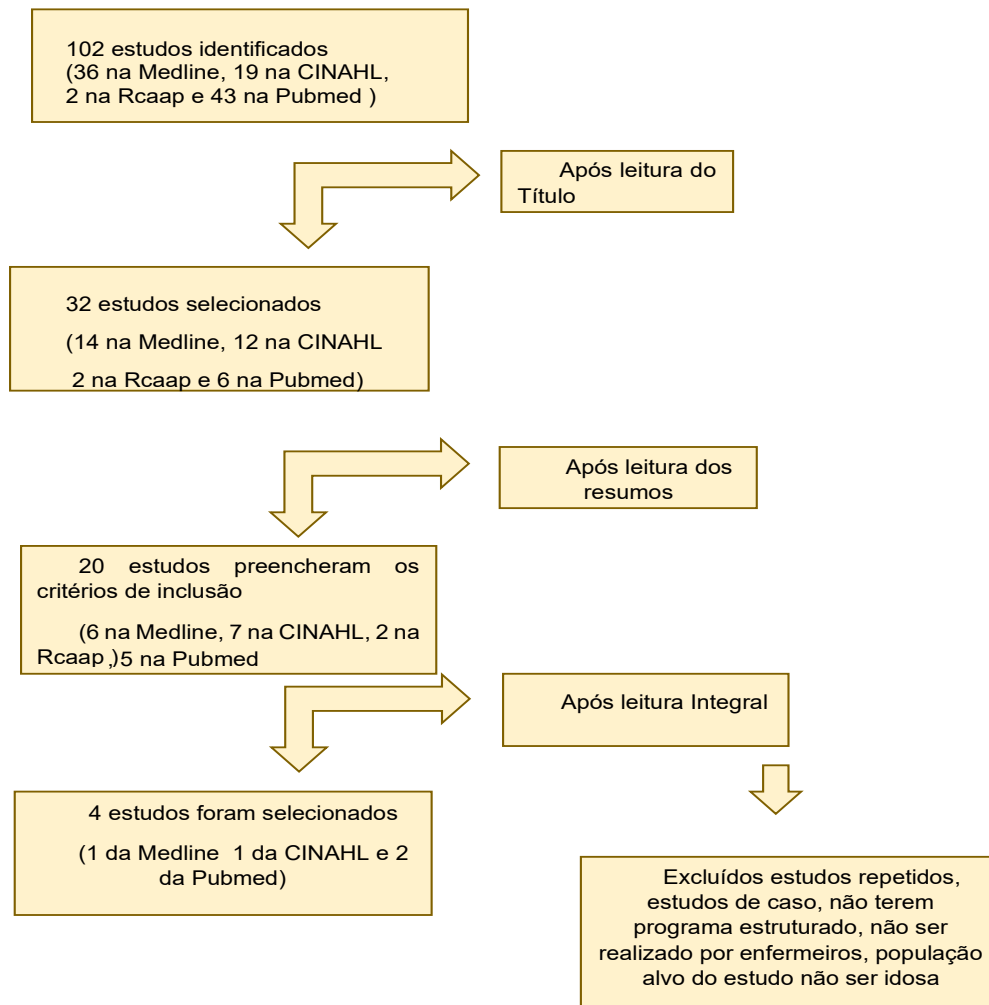


Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos na Medline, CINAHL, Rcaap e Pubmed

Da pesquisa realizada foram identificados 4 estudos (n=1 Japão, n=1 Bélgica, n=1 Egípto e n=1 EUA). Estes apresentam objetivos semelhantes de forma a estudar a eficácia do programa psicoeducativo implementado. Relativamente às metodologias utilizadas, um estudo é qualitativo e os outros três são quantitativos com aplicação de alguns instrumentos em comum. A duração das sessões é variável em cada estudo bem como a periodicidade. As principais características dos programas psicoeducativos dos estudos selecionados bem como os restantes conteúdos encontram-se detalhados no quadro 1.

Título	Autores Ano País	Método e Amostra	Tipo de programa/ duração/Objetivo	Principais características	Resultados do estudo
An intervention programme for caregivers of dementia patients with frontal behavioural changes: an explorative study with controlled effect on sense of competence	Gossink, F. et al 2018 Japão	-Estudo piloto-exploratório, ensaio controlado aleatório  30 cuidadores (15 em cada grupo)	Programa psicoeducativo duração 6 meses- 5 sessões  <b>Objetivo do estudo:</b> Identificar eficácia de um programa psicoeducativo para cuidadores de doentes com demência com alterações de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducação do cuidador, apoio social e terapia cognitiva comportamental</li> <li>- Intervenção psicoeducativa realizada por equipa multidisciplinar</li> <li>- Principais temas abordados: informação acerca da patologia e do cuidar, troca de experiências entre participantes, técnicas de distração/relaxamento, construção de rotinas diárias, terapia cognitiva-comportamental discussão de casos</li> <li>- Foram avaliados os cuidadores 1 mês antes do programa e 1 mês após com as escalas: escala de Zarit- sobrecarga do cuidador, Questionário de avaliação e envolvimento do cuidador QASCI, escala de stress percebido PSS, questionário curto de competência SSCQ, escala da depressão CES-D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior capacitação no grupo de intervenção</li> <li>- Cuidadores que cumprem programa psicoeducativo desenvolvem maior capacitação e menos sobrecarga e stress</li> </ul>
Tele-Savvy: An Online Program for Dementia Caregivers	Griffiths PC, Kovaleva M, Higgins M, Langston AH, Hepburn K. 2018 EUA	Estudo Randomizado controlado  57 cuidadores de doentes com demência	Programa psicoeducativo Tele-Savy baseado no programa presencial Savy Caregiver Program adaptado para formato online  Duração de 6 semanas, em formato síncrono com conferências semanais de 75 minutos e formato assíncrono com vídeos gravados de 5-15 minutos em cada um dos 6 dias sem teleconferência  <b>Objetivo:</b> avaliar a eficácia do programa Tele- Savy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O programa tem como principais objetivos: educar os cuidadores para a demência, ensinar estimulação cognitiva e fornecer ferramentas para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores. Enfatiza abordagens para redução do stress e sobrecarga dos cuidadores</li> <li>- No formato síncrono são feitos grupos de 4 a 6 cuidadores de modo a fomentar a partilha de experiências</li> <li>- Os cuidadores foram avaliados antes e após o programa com as seguintes escalas: Zarit, CES-D, várias subescalas da Pearlin Caregiver Master Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria significativa referentes à sobrecarga do cuidador e melhorias no seu bem-estar psicológico afirmando assim que o formato online poderá ser uma opção eficaz no apoio a cuidadores de idosos com demência</li> </ul>

<p>Evolution of the lived experience of caregivers with dementia after a psychoeducational group: an interpretative phenomenological analysis</p>	<p>Dovi, E., Bier, JC, &amp; Fantini-Hauwel, C. 2020 Bélgica</p>	<p>Análise Fenomenológica Interpretativa Longitudinal  14 cuidadores de idoso com demência</p>	<p>Programa psicoeducativo duração 6 meses sessões 2/semana com a duração de 2 horas cada  <b>Objetivo do estudo:</b> Relatar a evolução dos cuidadores nos cuidados à pessoa com demência após intervenção psicoeducativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado por equipa multidisciplinar</li> <li>- Sessões em grupo</li> <li>- Realizada entrevista pré e pós programa</li> <li>- Abordados temas: cuidar na demência, experiência emocional no cuidar</li> </ul> <p>Sugerem pontos importantes para a elaboração de um programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os cuidadores para identificar as suas necessidades</li> <li>- Incentivar os cuidadores a criar ou estimular seus recursos sociais e rede de contatos durante e após o programa.</li> <li>- Estrutura do programa: módulos flexíveis e adaptáveis para atender às necessidades específicas de informação ou suporte do grupo. Incluir tempo suficiente para troca de experiências com base nas necessidades do grupo.</li> </ul>	<p>O programa de psicoeducação reforçou positivamente os cuidadores nos seus papéis, enfatizou a importância de libertar parte da pressão autoimposta que eles relataram e incentivou comportamentos de autocuidado.</p> <p>- Por ser um estudo qualitativo- não recorreram a escalas para avaliação das intervenções- Análise detalhada das experiências de cada um</p>
<p>Effect of a tailored multidimensional intervention on the care burden among family caregivers of stroke survivors: a randomised controlled trial</p>	<p>Elsheikh MA, Moriyama M, Rahman MM, et al  2022  Egipto</p>	<p>Estudo Prospetivo randomizado controlado (RCT)  110 Cuidadores de doentes com AVC 55 em cada grupo</p>	<p>Programa de Intervenção Multidimensional (Psicoeducação, treino de habilidades e apoio de pares) Duração de 6 meses com 3 visitas domiciliárias (120 minutos cada), 6 consultas telefónicas (de 40 minutos) e 1 sessão em grupo de 90 minutos  <b>Objetivo:</b> Avaliar a eficácia de uma intervenção multidimensional personalizada na redução da sobrecarga de cuidadores de doentes com AVC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de habilidades, psicoeducação com estratégias eficazes para a redução do stress</li> <li>- Foram realizadas escalas antes, após 3 meses e aos 6 meses a- Zarit Burden Interview e WHO Quality of life BREF</li> </ul>	<p>- Não foram observadas diferenças significativas na sobrecarga do cuidador e na qualidade de vida comparativamente com o grupo de controle.</p> <p>- A interação grupal teve efeitos principais significativos na qualidade de vida dos cuidadores (domínio psicológico e social)</p>

Quadro 1 – Artigos incluídos na Revisão

## **Discussão**

A maioria dos estudos, n=3, abordam a importância dos programas psicoeducativos para cuidadores de idosos com PNC major, pois esta patologia está descrita na literatura como a que acarreta maior desgaste no cuidador. O estudo elaborado por Elsheikh et al (2022) estuda a eficácia de um programa multidimensional para cuidadores de doentes com AVC.

Relativamente ao tipo de estudos, o estudo elaborado por Elsheikh et al (2022) e o estudo elaborado por Griffiths et al (2018) são estudos randomizados e controlados, sendo o estudo elaborado por Gossink et al (2018) um estudo piloto exploratório controlado aleatório e o de Dovi et al (2020) uma análise fenomenológica interpretativa longitudinal. Este último, sendo um estudo qualitativo a amostra é mais pequena e não são utilizadas escalas de avaliação, pois dizem respeito a relatar a evolução da experiência dos cuidadores com a implementação do programa.

### **Tipologia**

Apenas no estudo elaborado por Elsheik et al (2022) foram realizadas sessões individuais e apenas uma última sessão em grupo. As sessões individuais consistiram em três visitas domiciliárias e seis consultas telefónicas. Na avaliação deste estudo, os efeitos positivos mais significativos avaliados prenderam-se com a interação grupal, e nas outras sessões individuais (visita domiciliária e consultas telefónicas) não houveram diferenças significativas na sobrecarga dos cuidadores comparativamente com o grupo de controle. Todos os outros estudos utilizaram uma tipologia em grupo nos seus programas psicoeducativos. O que sugere que um programa psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos poderá ser realizado em grupo, reforçando a importância da interação grupal dos cuidadores para a troca de experiências e relatos.

O estudo elaborado por Griffiths et al (2018), avalia a eficácia de um programa psicoeducativo online. Este estudo foi baseado num programa presencial “Savy Caregiver Program” e adaptado para o formato online. Neste formato que durou 6 semanas, as conferências eram semanais e síncronas, com grupos pequenos para estimular a intervenção e troca de experiências entre os participantes. Para além das conferências síncronas, foram gravadas aulas para os restantes dias da semana, com vídeos curtos com técnicas de relaxamento e autocuidado do cuidador, para que estes pudessem praticar. Como resultado deste estudo concluíram que houve uma melhoria significativa referente à sobrecarga do cuidador, bem como o seu bem-estar psicológico. O que pode levar a afirmar que um programa

psicoeducativo com aulas bem estruturadas e de momentos de partilha também pode ser realizado em formato online.

No que concerne à estrutura Dovi et al (2020) sugerem no seu estudo que o programa psicoeducativo para capacitação dos cuidadores deve possuir módulos flexíveis e adaptáveis para atender às necessidades do grupo, podendo por isso o programa ser moldado para se focalizar em tópicos comuns e de interesse para todos os participantes.

### **Duração do programa: nº de sessões, periodicidade, duração de cada sessão**

O estudo elaborado por Griffith et al (2018) foi o que apresentou melhores resultados tendo em conta a dimensão da amostra e as suas conclusões que traduziram uma melhoria significativa na redução da sobrecarga e no bem-estar psicológico do cuidador. Este programa desenvolveu-se durante 6 semanas com sessões semanais de 75 minutos e pequenos vídeos para os restantes dias para o cuidador puder acompanhar. Pode-se assim inferir que a duração e periodicidade deste programa são características importantes para serem aplicadas num programa psicoeducativo de capacitação do cuidador.

### **Metodologia**

As metodologias de intervenção utilizadas nos programas dos estudos avaliados são diversas, no entanto é coincidente em todos os estudos o apoio entre pares de forma a permitir a troca de experiências. Segundo Elsheikh et al (2022), os grupos de apoio de pares desempenham um papel significativo na aprendizagem baseada na experiência, permitindo a troca de métodos eficazes para resolução de problemas e alívio nos eventos de maior stress e desgaste.

Modelos de resolução de problemas foram também identificados como importantes e incluídos nos programas psicoeducativos nos estudos elaborados por Griffiths et al (2018) e Gossink et al (2018).

Elsheikh et al (2018) aborda a psicoeducação como necessária para a redução da sobrecarga do cuidador incorporando no programa estratégias eficazes para a redução do stress, apoiando os cuidadores emocional e psicologicamente, melhorando assim a qualidade de vida destes.

Gossink et al (2018), Elsheikh et al (2022) e Griffiths et al (2018) abordam a temática de treino de habilidades como um ponto forte para a redução da tensão no papel do cuidar, fomentando assim a confiança e autonomia do cuidador.

## **Métodos de Avaliação**

No que diz respeito aos métodos de avaliação os estudos recorrem a diferentes escalas para avaliação do cuidador e do impacto do programa psicoeducativo implementado. Apenas no estudo elaborado por Dovi et al (2020), por ser um estudo qualitativo, não são utilizadas escalas, mas sim entrevistas antes e após o programa para análise detalhada. Nos restantes estudos (Gossink et al, 2018; Elsheikh et al,2022; Griffiths et al, 2018) a escala de Zarit da sobrecarga do cuidador está presente, sendo por isso importante incluir como instrumento de avaliação nos programas psicoeducativos. Outra escala importante para inclusão como instrumento de avaliação e utilizada por Griffiths et al (2018) e Gossink et al (2018) é a escala da depressão CES-D.

Dois dos estudos (Elsheikh et al, 2018; Giffiths et al, 2018) recorrem também na avaliação inicial para além das escalas a questionários sociodemográficos.

## **Momentos de Avaliação**

Em todos os estudos é dada importância para a elaboração de uma avaliação inicial antes da implementação do programa, apenas no estudo de Gossink et al (2018) refere que a avaliação inicial é realizada um mês antes do início do programa psicoeducativo.

Como forma de avaliação da eficácia do programa psicoeducativo de capacitação do cuidador em todos os estudos são implementadas novamente as escalas após o programa sendo que nos estudos de Gossink et al (2018) e Griffiths et al (2018) o timing utilizado para aplicação das escalas é um mês após o término do programa psicoeducativo.

Apenas no estudo elaborado por Elsheikh et al (2022) é realizada a avaliação de acompanhamento aos três meses e aos seis meses após o término do programa, permitindo assim avaliar com maior precisão a eficácia da implementação da psicoeducação com o cuidador, sendo por isso uma característica interessante para utilizar no desenho de um programa psicoeducativo.

Com esta revisão da literatura, foi possível analisar e evidenciar algumas características importantes aquando da elaboração de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência. Desse modo, no quadro 2 são apresentadas as suas principais características que poderão servir de modelo.

	<b>Características de Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência</b>
<b>Tipologia</b>	Grupo Presencial ou online Módulos flexíveis e adaptáveis às necessidades do grupo
<b>Duração do programa</b>	6 semanas
<b>Nº de sessões</b>	6 sessões
<b>Periodicidade</b>	Semanal
<b>Duração de cada sessão</b>	75 minutos
<b>Metodologia</b>	Apoio de pares- troca de experiências Treino de habilidades Modelos de resolução de problemas- Psicoeducação
<b>Métodos de avaliação</b>	Escala da sobrecarga do cuidador- Zarit (Sequeira, 2007) Escala de depressão CES-D (Radloff, 1977)
<b>Momentos de avaliação</b>	Antes da implementação do programa Após a implementação Acompanhamento 1-6 meses após término

Quadro 2 – Resultados da revisão integrativa da literatura - Modelo da estrutura de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência - Principais características

### **Limitações do estudo**

Esta revisão integrativa teve como principal limitação o tamanho da amostra. O facto de ter como critérios de inclusão os estudos dos últimos 5 anos disponíveis em acesso livre, pode ter comprometido o acesso a estudos relevantes para a revisão. Com estes critérios de inclusão não foi possível ter nenhum estudo nacional, o que sugere que em Portugal são escassos os estudos acerca desta temática. Seria útil que mais estudos acerca de programas psicoeducativos com cuidadores de idosos com dependência fossem desenvolvidos e avaliados.

### **Conclusão**

A sobrecarga do cuidador afeta diretamente os cuidados prestados ao idoso com dependência. Nos estudos avaliados é unânime que os programas psicoeducativos traduzem uma melhoria na sobrecarga e na capacitação do cuidador pelo aumento das competências e estratégias para resolução de problemas.

Como características principais, pelos estudos avaliados, um programa psicoeducativo deve dotar o cuidador de conhecimentos acerca de tratar do idoso com dependência e promover o autoconhecimento, autoeficácia e gestão do stress. Deve ser realizado em grupo, tendo os cuidadores necessidades idênticas.

Para melhores resultados no programa, este deve possuir módulos flexíveis e adaptáveis de modo a responder às necessidades específicas do grupo.

Também foi constatado que ter um momento de partilha de experiências entre os cuidadores favorece a interação grupal e promove o apoio emocional.

O formato online também poderá ser uma opção num programa psicoeducativo, revelando-se eficaz.

Devem ser utilizadas escalas para avaliação do programa antes e após a intervenção, sendo a escala de Zarit (Sequeira, 2007) e a escala da depressão CES-D (Radloff, 1997) as mais utilizadas.

Dado o crescente número de cuidadores de idosos com dependência é urgente que mais programas psicoeducacionais cheguem a mais cuidadores.

### **Implicações para a prática clínica**

Esta revisão integrativa possibilitou de acordo com os resultados obtidos a definição de algumas características importantes a ter em conta no desenho de um programa psicoeducacional para capacitação de cuidadores. Em Portugal ainda são escassos os estudos acerca de programa psicoeducativos na capacitação de cuidadores. São necessários que mais programas se desenvolvam em vários contextos, adaptados aos cuidadores, não descurando a sua avaliação para que mais estudos e mais evidência possa surgir acerca da eficácia dos programas psicoeducacionais bem como da sua estrutura e formato.

## **2. A prática baseada em evidência**

A prática baseada na evidência é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que integra uma pesquisa da melhor e mais atual evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar (ICN, 2012).

A evidência científica é uma informação que fornece um nível de prova, assente em métodos utilizados pela ciência, com o objetivo de servir de prova para confirmação ou negação de uma hipótese (WHO,2021).

A PBE é considerada um pilar fundamental e integrante de um sistema de saúde dinâmico que facilita o acompanhamento da evolução do conhecimento científico e a inovação tecnológica (Bissett et al, 2016). Esta abordagem promove a melhoria da qualidade dos

cuidados, empodera os profissionais de saúde e estimula o trabalho em equipa bem como a satisfação dos profissionais (Melnyk et al., 2018).

Os enfermeiros reconhecem a importância em basear a sua prática na investigação científica, admitindo assim a PBE como forma de validação e aperfeiçoamento profissional (Silva et al., 2021).

O recurso e a aplicação de instrumentos de PBE permitem aos enfermeiros auxiliar no diagnóstico além de fornecerem dados mais objetivos importantes na implementação de intervenções adequadas às necessidades tendo em conta a evidência científica atual. É fundamental recorrer a instrumentos de medida adequados que confirmem dados cientificamente robustos e que orientem a direção e a gestão das intervenções com vista à operacionalização da PBE em Portugal (Pinto e Mota 2023).

Sampaio et al (2014) consideram que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica possui uma área de investigação importante considerando o aumento exponencial de patologias como a demência e a depressão. A psicoeducação, conforme mencionado no capítulo anterior, tem-se mostrado eficaz para cuidadores de pessoas com demência ao sugerir resultados positivos na diminuição da sobrecarga e no bem-estar do cuidador, integra uma componente educativa e de suporte, é focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas (Sousa et al, 2018). Por ser uma intervenção psicoterapêutica estruturada e planeada permite criar programas que visem aumentar a literacia em saúde mental.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a psicoeducação pode ser definida como:

*“Uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento - é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (p.15)”.*

A equipa de enfermeiros da unidade de cuidados na comunidade onde tive a oportunidade de realizar o ensino clínico, desenvolve atualmente um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores da pessoa com demência - Es(tar) com a demência (Sousa, 2017).

Desse modo e com o objetivo de desenvolver a prática baseada na evidência, iniciei um grupo psicoeducativo a familiares da pessoa com demência, com base no programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017), posteriormente procedi à recolha de dados e resultados do programa, integrando um tópico de discussão entre as características deste programa e os seus resultados com as características da revisão integrativa da literatura realizada anteriormente.

## **2.1 Descrição do programa a implementar**

O Programa Es(Tar) com a Demência é um programa psicoeducacional para capacitar e empoderar cuidadores da pessoa com demência a residir no domicílio, em fases iniciais e moderadas da demência, tem como principais objetivos promover a capacitação do papel do cuidador, intervir na sobrecarga do familiar cuidador e promover o coping e resolução de problemas do cuidador (Sousa, 2017).

Os critérios de referenciação para o programa são os seguintes:

- Ser cuidador principal da pessoa com demência (assumir a maioria dos cuidados)
- Saber ler e escrever
- Vontade de participar no programa
- O alvo dos cuidados ter demência em estágio inicial ou moderado (PNC minor a major inicial a moderada)
- O alvo dos cuidados não ter mais patologias severas do foro mental associada

Tem como principais pressupostos:

- Auxiliar o familiar cuidador numa transição saudável para o novo papel que desempenha, segundo o referencial teórico da teoria de Meleis (2000)
- Avaliação inicial e final do familiar cuidador e da pessoa com demência deve ser realizada de forma individual e não constitui nenhuma sessão do programa
- Podem ser criadas ferramentas de apoio para serem utilizadas pelo familiar cuidador após o final do programa, como um mail ou telefone de contacto
- A linguagem e o tipo de informação a ser transmitida deve ser adaptada às características dos familiares cuidadores

## 2.2 Método

Para operacionalização do programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017) na Unidade de Cuidados na Comunidade e conforme descrito no programa, são realizadas 7 a 8 sessões com uma duração de 60 a 90 minutos cada uma, em grupo, nas instalações da UCC com um grupo máximo de 10 participantes e um número mínimo de 3, com características homogéneas (Sousa et al, 2021). Neste caso concreto, foram realizadas 7 sessões com um grupo de 5 cuidadores familiares de pessoas com demência em estadios inicial a moderado.

Na tabela seguinte é descrita a forma de avaliação e os instrumentos utilizados para o cuidador e para o utente com demência.

Tabela 1: Avaliação do Cuidador e da pessoa com demência

<b>Avaliação Inicial do familiar cuidador e da pessoa com demência (na semana anterior ao início do programa)</b>	
<p>Avaliação do Familiar Cuidador:</p> <p>1) Avaliação Sociodemográfica</p> <p>2) Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de sobrecarga do Cuidador (Sequeira 2007)</li> <li>• Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) (Brito, 2002 e Sequeira 2007)</li> <li>• Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI) (Brito, 2002 e Sequeira 2007)</li> </ul>	<p>Avaliação da pessoa com demência:</p> <p>1) Avaliação sociodemográfica</p> <p>2) Instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala clínica da demência (Garrett, et al., 2007)</li> </ul>

Os objetivos das sessões em grupo, bem como os temas a abordar e as metodologias de intervenção estão descritas nas tabelas abaixo.

Tabela 2: Sessões em grupo para familiares cuidadores da pessoa com demência

Sessão	Temas/Metodologias
1 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Adquirir conhecimentos sobre a demência, as suas fases, alterações psicológicas, de comportamento e gestão da comunicação</p> <p><b>Temas:</b> demência, comunicação e comportamento</p> <p><b>Metodologia:</b> exposição, discussão de temas e exercícios práticos</p>
2 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Gerir emoções, expectativas e sentimentos associados ao processo de cuidar</p> <p><b>Temas:</b> emoções, exigências e expectativas do papel do cuidador</p> <p><b>Metodologias:</b> exposição e discussão de temas</p>
3 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Adquirir conhecimentos sobre as estratégias adaptativas das atividades básicas e instrumentais de vida diária</p> <p><b>Temas:</b> atividades básicas e instrumentais de vida diária</p> <p><b>Metodologias:</b> exposição, discussão de temas, treino de competências, exercícios práticos</p>
4 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Adquirir conhecimentos sobre estratégias de estimulação geral da cognição bem como adaptação do ambiente às necessidades da pessoa</p> <p><b>Temas:</b> estimulação geral da cognição e gestão do ambiente</p> <p><b>Metodologias:</b> exposição, discussão de temas, treino de competências e exercícios práticos</p>
5 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Desenvolver estratégias de coping eficazes e técnicas de resolução de conflitos e tomada de decisão</p> <p><b>Tema:</b> estratégias de coping e de resolução de problemas</p> <p><b>Metodologias:</b> exposição, discussão de temas e exercícios práticos</p>
6 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental</p> <p><b>Temas:</b> saúde física e mental do cuidador</p> <p><b>Metodologia:</b> exposição, discussão de temas e exercícios práticos</p>
7 <sup>a</sup>	<p><b>Objetivos:</b> Gerir relações familiares, sociais e laborais</p> <p>Conhecer os recursos da comunidade</p> <p><b>Temas:</b> gestão de relações e apoios na comunidade</p> <p><b>Metodologias:</b> exposição, discussão de temas e exercícios práticos</p>

### Momentos de avaliação

As avaliações inicial, final e follow-up são realizadas com as mesmas escalas da avaliação inicial do cuidador (Tabela 1), relativamente aos momentos, a inicial é realizada uma semana antes do início do programa, a final na semana seguinte ao término do programa e o follow-up é elaborado 3 a 6 meses após o término.

### 2.3 Resultados e Discussão

Este programa foi desenvolvido durante o segundo ensino clínico, numa UCC da região Norte entre o período de 2 de novembro e 7 de dezembro, contou com a presença de 5 cuidadores de utentes com demência em estadio inicial a moderado.

Para compreender o estadio da demência em que se encontram as pessoas cuidadas e de acordo com o preconizado pelo programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017) relativamente à avaliação inicial da pessoa cuidada, segue a tabela 3 com os resultados destes utentes referentes à escala clínica da demência (CDR), variando entre 1, fase inicial, e 2, fase moderada (Garret et al, 2007).

Tabela 3- Resultados da CDR das pessoas cuidadas do programa psicoeducativo

Pessoa Cuidada	Idade	Sexo	CDR
1	74	F	1
2	78	F	1
3	83	M	1
4	78	F	2
5	86	M	2

Foi realizada a avaliação inicial, com a caracterização do perfil sociodemográfico do cuidador, bem como o preenchimento das escalas da Sobrecarga do cuidador (ESC) (validada para a população portuguesa por Sequeira, 2007), das dificuldades (CADI) (validada para a população portuguesa por Brito, 2002; Sequeira, 2007) e da Satisfação (CASI) (validada para a população portuguesa pelos mesmos autores anteriores).

Relativamente à caracterização do perfil sociodemográfico destes cuidadores, eram na sua maioria homens, cônjuge da pessoa com demência e com uma idade média de 71,2

anos. O facto de terem uma idade avançada corrobora os estudos nacionais acerca da idade dos cuidadores (Sousa et al, 2021; Trindade et al, 2017; Bento et al, 2021).

Apresentam todos algum nível de instrução, sendo o mais prevalente (40%) mais de 12 anos de escolaridade.

A sua maioria não tem ajuda para cuidar e ninguém possui formação como cuidador.

Em relação à evolução da doença, 60% dos familiares cuidadores não apresentam conhecimentos acerca da progressão da demência.

A sua maioria, 60%, é cuidador entre 1-2 anos e nenhum dos cuidadores que participaram no programa, é cuidador há mais de 3 anos. São cuidadores há pouco tempo uma vez que este programa se destina a familiares cuidadores de pessoas com demência em estadios inicial a moderado.

Dedicam em média 17,4 horas por dia para cuidar do seu familiar, refletindo a média relativa a dados da OCDE, bem como estudos anteriores realizados acerca desta temática (OCDE,2017; Sousa et al, 2021).

A tabela 4 descreve as principais características sociodemográficas destes cuidadores.

Tabela 4: Características sociodemográficas dos cuidadores

n=5			
	n		%
<b>Idade M (dp)</b> min-max		71,2 (9,13) 55-81	
<b>Género</b>			
Feminino	1		20
Masculino	4		80
<b>Grau de parentesco com a pessoa cuidada</b>			
Filho	1		20
Esposa	1		20
Marido	3		60
<b>Escolaridade</b>			
1-4	1		20
4-9	1		20
10-12	2		20
+12	2		40
<b>Ocupação</b>			
Desempregado			
Empregado	1		20
Reformado	4		80
<b>Ajuda para cuidar</b>			
Sim	2		40
Não	3		60
<b>Formação como cuidador</b>			
Sim			

Não	5		100
<b>Tem conhecimento sobre a evolução da doença</b>			
Sim	2		40
Não	3		60
<b>Há quanto tempo é familiar cuidador</b>			
0-1ano	1		20
1-2 anos	3		60
2-3 anos	1		20
+ 3 anos			
<b>Quanto tempo dedica por dia ao seu familiar</b>		Média 17,8h	
5h	1		20
10h	1		20
24h	3		60

Relativamente às necessidades identificadas pelos familiares cuidadores, a sua maioria (80%) identificam como principais necessidades a aquisição de conhecimentos sobre a demência e suas fases e o desenvolvimento de estratégias para manter a saúde física e mental. Facto explicado devido à sua maioria, 60%, referir que não possui conhecimentos acerca da evolução da doença.

A tabela 5 enuncia a lista das principais necessidades identificadas pelos familiares cuidadores, onde foram identificadas por cada um as 5 principais.

Tabela 5: Necessidades identificadas pelos Familiares Cuidadores

	(%)
Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar	40
Gerir expectativas e exigências associados ao processo do cuidar	
Desenvolver estratégias de coping eficazes	
Desenvolver técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão	40
Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental	80
Aquisição de conhecimentos sobre a demência e suas fases	80
Aquisição de conhecimento sobre alterações psicológicas e comportamentais das pessoas com demência	40
Aquisição de conhecimento sobre gestão da comunicação e comportamento	
Aquisição de conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades de vida diária	40
Aquisição de conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades de vida instrumentais	
Aquisição de conhecimento sobre estratégias de estimulação geral da cognição	40
Aquisição de competências práticas para a execução de cuidados	40
Adaptar o ambiente às necessidades da pessoa	20
Gerir relações familiares, sociais e laborais	
Conhecer recursos da comunidade	40
Procurar apoio de instituições formais	40

Quanto à sobrecarga do cuidador, constatou-se que os cuidadores apresentaram uma sobrecarga ligeira antes do programa psicoeducativo, com diminuição do score médio após a aplicação do programa. Os respetivos dados estão representados seguidamente na tabela 6.

Tabela 6: Avaliação da sobrecarga do cuidador antes e após implementação do programa psicoeducativo

	Antes do Programa	Após o Programa
<b>Cuidador 1</b>	48	38
<b>Cuidador 2</b>	56	55
<b>Cuidador 3</b>	30	30
<b>Cuidador 4</b>	52	46
<b>Cuidador 5</b>	53	67
<b>Score Médio</b>	47,8	47,2

Como as pessoas alvo de cuidados se encontram ainda num estadio inicial a moderado, a sua dependência física ainda não está presente, sendo necessária a supervisão pelo cuidador das atividades desempenhadas pela pessoa cuidada. Os cuidados prendem-se sobretudo com a supervisão e com as precauções de segurança relacionadas com a prevenção de acidentes, necessitando assim de atenção e vigilância (Sequeira, 2018).

Evidências mostram que há medida que a dependência da pessoa cuidada aumenta, aumentam também as exigências no papel do cuidar, refletindo-se assim em maior sobrecarga (Simonetti e Ferreira, 2008). Neste sentido, com a evolução da demência, maior será o desgaste físico e emocional do cuidador, por isso é tão importante investir numa fase precoce e dotar o cuidador de estratégias e conhecimentos para fazer face às exigências que se for confrontando no desenrolar do seu papel de cuidador, evitando assim maior desgaste.

Ao analisar os resultados da escala da sobrecarga após a implementação do programa, por cuidador, constatou-se que o cuidador 5 apresentou um ligeiro aumento do score. Este cuidador é o cuidador que exerce o seu papel há mais tempo comparativamente com os restantes e onde a pessoa cuidada possui mais défices cognitivos e alterações de comportamento. Teve a oportunidade de partilhar durante as sessões as suas dificuldades na vigilância constante da esposa e do facto de não ter retaguarda familiar, uma vez que tem os filhos emigrados. Para além disso, este é o cuidador com idade mais avançada, 81 anos. Estes factos levam a refletir da elevada exigência que se torna o papel de cuidador, quando já se tem uma idade avançada e também algumas

limitações físicas. Bento et al (2021) referem que a capacidade para assegurar cuidados dos cuidadores a partir dos 70 anos vai progressivamente diminuindo à medida que a idade avança. Nestas situações é crucial o suporte profissional como fator protetor do cuidador e da pessoa cuidada, para além do término do programa psicoeducativo.

Apesar deste cuidador apresentar um score mais elevado na escala da sobrecarga após o programa, as restantes escalas relativas às dificuldades e satisfação tiveram resultados mais positivos, o que leva a concluir que apesar de ter menos dificuldades e mais satisfação no cuidar, o seu desgaste pela idade e pela sua condição se refletem na sobrecarga do cuidar.

Esta sobrecarga foi também analisada pelas 4 categorias descritas por Sequeira (2018) e a média dos resultados obtidos, bem como outras medidas estatísticas estão descritas na tabela 7.

Tabela 7: Comparação dos resultados da sobrecarga do cuidador antes e após a implementação do programa por variáveis

<b>Variável Sobrecarga (categorias)</b>	<b>Medidas estatísticas</b>	<b>Antes do Programa</b>	<b>Após o Programa</b>
Impacto na prestação de cuidados	Média	23,2	22
	DP	5,04	7,85
	Min-Max	13-27	14-35
Expectativas face ao cuidar	Média	10	11,4
	DP	2,757	3,323
	Min-Max	9-14	6-16
Perceção autoeficácia no desempenho	Média	6	5,6
	DP	0	0,8
	Min-Max	6	5-7
Relação interpessoal CF-Idoso	Média	8,2	7,8
	DP	1,72	2,926
	Min-Max	8-10	5-13

Com o desenvolvimento do programa psicoeducativo houve uma ligeira redução em todas as categorias exceto nas expectativas face ao cuidar, que pode ser explicado pelo aumento do conhecimento acerca das fases da demência e algum anseio pelo cuidador num futuro com incertezas, sendo também o cuidador com idade avançada. Este facto foi partilhado por vários cuidadores ao longo das sessões.

A avaliação das dificuldades do cuidador é um instrumento útil para identificar as dificuldades relacionadas com o cuidar, possibilitando uma adequação das intervenções de forma mais concisa às dificuldades apresentadas (Sequeira, 2018).

No que concerne à avaliação das dificuldades do cuidador, estas foram também avaliadas globalmente e realizadas as médias totais antes e após o programa, conforme evidenciado na tabela 8.

Tabela 8: Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) antes e após implementação do programa psicoeducativo

	Antes do Programa	Após o Programa
<b>Cuidador 1</b>	31	31
<b>Cuidador 2</b>	64	61
<b>Cuidador 3</b>	31	34
<b>Cuidador 4</b>	39	34
<b>Cuidador 5</b>	95	87
<b>Score Médio</b>	52	49,4

A tabela 8 mostra também uma redução da média do score da CADI após a implementação do programa o que reflete a evidência do impacto positivo da psicoeducação nas principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores.

Quando avaliadas as dificuldades por categorias, descritas na tabela 9, constatou-se um aumento das dificuldades, na variável, exigências no cuidar, após o programa psicoeducativo. Nesta variável constam algumas questões como “A minha saúde ficou abalada”; “Ando a dormir pior por causa desta situação”; “Deixa-me muito cansado fisicamente”.

Tabela 9: Comparação dos resultados das dificuldades do cuidador antes e após a implementação do programa por categorias

Categorias	Medidas estatísticas	Antes do Programa	Após o Programa
Problemas relacionais com o idoso	Média	12,2	13
	DP	4,622	5,404
	Min-Max	8-21	8-21
Restrições da vida social	Média	11	10,6
	DP	3,286	4,841
	Min-Max	7-16	7-20
Exigências de ordem física na prestação de cuidados	Média	10,8	12,4
	DP	5,231	6,248
	Min-Max	7-19	7-23
Reações à prestação de cuidados	Média	6,4	6,8
	DP	2,577	3,429
	Min-Max	4-11	4-11
Falta de apoio familiar	Média	3,2	3
	DP	1,6	1,095
	Min-Max	2-6	2-5
Falta de apoio profissional	Média	3,2	2,8
	DP	1,47	1,6
	Min-Max	2-5	2-6

A demência é uma doença com uma evolução progressiva e que se inicia com alterações de comportamento e compromisso na cognição (Fernandes, 2015). Durante a fase noturna a desorientação e alteração de comportamento pode aumentar, aumentando assim as exigências dos cuidadores (Cohen-Mansfield, 2001). Durante as sessões este foi um dos temas abordados ao providenciar conhecimento acerca da demência e facto este verbalizado por alguns cuidadores. Foram discutidas algumas estratégias, acerca da adequação do ambiente e estratégias comunicacionais para lidar com a pessoa com alterações de comportamento. Contudo, apesar do conhecimento e das estratégias utilizadas, o desenvolvimento da doença vai comprometer de algum modo a saúde e a qualidade do sono de um cuidador que coabita com a pessoa dependente e também ele idoso. Este facto é corroborado por alguns autores (Garcia et al, 2023; Monteiro et al, 2023).

O programa incidiu nas principais dificuldades e necessidades dos cuidadores relacionadas com o conhecimento, com a gestão da sintomatologia ansiosa, com a gestão das relações familiares e sociais e com a falta de apoio formal/institucional, necessidades estas já identificadas por alguns autores (Sousa et al, 2017).

Relativamente à escala de satisfação do cuidador (CASI) (Brito, 2002; Sequeira 2007), foi também avaliada antes e após o programa psicoeducativo. Esta escala é composta por 30 itens positivos e quanto maior a pontuação, maior é o nível de satisfação (Sequeira, 2018). Os respetivos resultados por cuidador estão descritos abaixo na tabela 10.

Tabela10: Avaliação das fontes de satisfação do cuidador (CASI) antes e após implementação do programa psicoeducativo

	<b>Antes do Programa</b>	<b>Após o Programa</b>
<b>Cuidador 1</b>	99	92
<b>Cuidador 2</b>	107	96
<b>Cuidador 3</b>	64	79
<b>Cuidador 4</b>	99	114
<b>Cuidador 5</b>	94	95
<b>Score Médio</b>	92,6	95,2

Foi notório constatar o score elevado da satisfação do cuidador, nos dois momentos de avaliação, onde se conclui que os cuidadores tendem a sentir-se satisfeitos com a função que desempenham.

Sendo a família um núcleo com uma ligação forte em termos emocionais e afetivos, quando um elemento da família adoece esta sente uma responsabilidade acrescida em prestar os melhores cuidados. Esta responsabilidade aliada à proximidade, é muitas vezes assumida pelo cuidador como elemento gratificante e de satisfação (Castro et al, 2020). Este facto explica os altos scores da satisfação do cuidador no exercício do seu papel.

Um bom suporte social e a adoção de estratégias de coping eficazes estão associados a maior satisfação nos cuidados prestados e a menor sobrecarga (Mestre,2010). Estes temas foram abordados durante o programa psicoeducativo tendo-se revelado importantes não só no domínio do conhecimento, mas também se traduziu em melhores resultados na satisfação do cuidador.

Ao efetuar a análise por cuidador, constatou-se que os primeiros 2 cuidadores apresentaram diminuição do score na CASI (Brito 2002; Sequeira 2007). Estes cuidadores, são os cuidadores que estão há menos tempo a desempenhar o seu papel e que aos poucos estão a consciencializar-se para esse papel. São cônjuges das pessoas cuidadas e ainda evidenciam algum sofrimento relacionado com a perda de trocas recíprocas enquanto companheiros na vida, traduzindo-se assim numa grande mudança na vida enquanto casal. Esta transição inicialmente gera alteração da dinâmica familiar e mudança de papéis (Meleis, 2010).

A consciencialização enquanto propriedade da transição, é um pressuposto inicial na mobilização de recursos para a ação, onde os profissionais de saúde devem estar atentos (Sequeira, 2018). Durante o desenvolvimento do programa, o aumento de informação e conhecimento por parte dos cuidadores permitiu uma maior consciencialização para o processo de transição que vivenciam. Esta análise, e esta tomada de consciência durante o programa poderá justificar a diminuição do score final da CASI (Brito 2002; Sequeira 2007), pois ainda estão em processo de integração de um novo self e ainda possuem algumas dúvidas e anseios que se poderão manifestar em diminuição da satisfação no cuidar.

Nolan e colaboradores (1996,1998) citado por Sequeira (2018) descrevem três categorias principais que aglutinam um conjunto de fontes de satisfação relacionadas entre si de acordo com a dinâmica de interação. Dessa forma, foram também analisados os resultados de acordo com as três dinâmicas e estão descritos na tabela 11.

Tabela 11: Comparação das fontes de satisfação do cuidador antes e após a implementação do programa por categorias

<b>Categorias</b>	<b>Medidas estatísticas</b>	<b>Antes do Programa</b>	<b>Após o Programa</b>
Satisfação interpessoal	Média	25,8	26,6
	DP	3,187	4,128
	Min-Max	21-31	21-33
Satisfação intrapessoal	Média	42,8	46,2
	DP	9,516	6,524
	Min-Max	27-53	35-53
Satisfação nos resultados	Média	20,8	21,6
	DP	2,561	3,441
	Min-Max	21-23	20-28

Quando analisada a satisfação do cuidador por dinâmicas, podem-se observar resultados positivos em todas as dimensões, reforçando assim a importância do programa psicoeducativo ao cuidador, não só para adquirir mestria no cuidar, mas também na melhoria da satisfação com a vida e bem-estar, consigo próprio e como cuidador, facto este corroborado por Jang e Choi (2016). A dimensão que teve um maior aumento médio da satisfação é a satisfação intrapessoal, traduzindo assim um maior envolvimento do cuidar e um sentimento mais gratificante no exercício desse papel.

Por forma a facilitar a visualização dos resultados, apresentam-se também os dados relativos aos dois momentos de avaliação e a média dos scores obtidos em cada uma das escalas avaliadas de forma global, conforme representado na tabela 12.

Tabela 12: Pontuação média para a sobrecarga, dificuldades e satisfação nos dois momentos de avaliação

	<b>ESC</b>	<b>CADI</b>	<b>CASI</b>
<b>Antes do Programa (T1)</b>	47,8	52	92,6
<b>Após Programa (T2)</b>	47,2	49,4	95,2

Concluindo-se assim resultados positivos na realização do programa psicoeducativo com impacto na diminuição da sobrecarga, das dificuldades e aumento da satisfação do cuidador, refletindo a evidência científica acerca da temática (Sousa et al, 2021; Jang e Choi, 2016; Silva et al, 2018; Dovi et al 2020).

De salientar que esta avaliação é referente apenas a dois momentos, antes e após o programa psicoeducativo, sendo necessário um terceiro momento, para avaliar a consistência da eficácia do programa, com um timing de 1 a 6 meses, conforme é mencionado na revisão integrativa da literatura (Gossink et al 2018; Griffiths et al 2018;

Elsheikh et al 2022). Concretamente no programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017) a avaliação em follow-up deve ser realizada entre 3 a 6 meses após término do programa, conforme é descrito pela autora e será dada a continuidade pela equipa de EESMP da UCC.

## **2.4. Conclusão**

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável consequência do aumento da esperança média de vida (INE, 2017). Elevados índices de envelhecimento levam a um agravamento da morbilidade e vulnerabilidade da pessoa idosa. Quando esta vulnerabilidade leva à dependência urge criar condições necessárias para uma assistência digna e de qualidade ao idoso, sendo importante a interação e sinergia entre os profissionais de saúde e os cuidadores da pessoa idosa.

Os profissionais de saúde têm um importante papel em dotar os cuidadores de competência cognitivas (informação), competências instrumentais (saber-fazer) e competências pessoais (saber lidar com) (Sequeira, 2018).

Sequeira (2018) sugere a elaboração de programas formais que deem prioridade inicialmente à informação, seguidamente ao apoio instrumental e numa terceira fase o suporte (emocional e psicológico), por forma a diminuir a sobrecarga subjacente ao cuidar de alguém dependente.

Sendo a psicoeducação uma intervenção psicoterapêutica que incorpora estas três dimensões e com impacto positivo na diminuição da sobrecarga e aumento do bem-estar do cuidador, tem sido adotada pelos profissionais, de forma individual ou em grupo como uma intervenção imprescindível para o cuidador e para a suas competências no cuidar (Silva et al, 2018; Dovi et al 2020). O programa Es(tar) com a demência (Sousa, 2017) permitiu constatar essa evidência com resultados positivos na sobrecarga, nas dificuldades e na satisfação dos cuidadores. Reuniu as principais características presentes na revisão integrativa da literatura relativas à tipologia, à duração, ao número de sessões, à periodicidade, à metodologia, métodos de avaliação (escala da sobrecarga) e aos momentos de avaliação. O facto de incidir em cuidadores de familiares com demência em estadio inicial a moderado, permite prevenir e atuar

precocemente nos sinais de desgaste do cuidador, promovendo a sua saúde física e mental e permitindo melhor qualidade de vida para a pessoa cuidada.

Fortalecer a mestria do cuidador familiar na transição para o seu novo papel, constituiu-se como um dos principais objetivos do EESMP ao atuar no cuidador do familiar com demência e sendo deste modo um facilitador no processo de transição.

Importante ressaltar a idade avançada dos cuidadores alvo desta intervenção e que importa refletir. Consequência do atual paradigma da sociedade, onde os filhos ainda estão a trabalhar e são muitas vezes os cônjuges, também eles idosos como principais cuidadores. Apesar do programa psicoeducativo e do seu impacto positivo no seu bem-estar como cuidador, é importante refletir que estes idosos já possuem uma fragilidade física própria da idade e a sua capacidade para lidar com eventos mais adversos vai diminuindo (Bento et al, 2021). É imperativa a necessidade de respostas formais para manter o suporte a estes cuidadores para além do término do programa psicoeducativo. Reforçando os benefícios provocados pelo programa, deixando o cuidador pleno no exercício do seu papel e mantendo o nível de satisfação gratificante que é o ato de cuidar de alguém que amam.

De salientar que os resultados apresentados deste programa dizem respeito a um número reduzido de cuidadores. A generalização dos resultados deve ser cautelosa, dada a necessidade de replicação em estudos com amostras mais representativas. No entanto, esses achados, ainda que baseados numa amostra limitada, corroboram estudos anteriores realizados acerca deste programa (Sousa et al, 2021). Portanto, o programa destaca-se como um valioso instrumento de trabalho de implementação na prática clínica para o EESMP, oferecendo uma base sólida para a capacitação do cuidador da pessoa com demência.

Apesar deste programa ser exclusivo para familiares de utentes com demência, seria também importante para a prática clínica, que a partir das principais características identificadas na revisão integrativa da literatura (sobreponíveis ao Es(tar) com a demência (Sousa, 2017)) se adequasse um programa psicoeducativo para familiares de idosos com dependência, permitindo assim a capacitação e o empoderamento de um maior número de cuidadores.

## CONCLUSÃO

A concretização deste relatório pretendeu descrever as principais atividades desenvolvidas como EESMP ao longo dos ensinamentos clínicos. Permitiu analisar e refletir sobre as principais competências comuns e específicas adquiridas ao longo deste curso (OE, 2019; OE, 2018).

No decorrer desta caminhada aprofundei os meus conhecimentos teóricos e científicos aliados à construção e descoberta do meu autoconhecimento e como este é importante no contacto com o outro. Mobilizar-me como instrumento terapêutico na relação com o utente revelou-me um potencial terapêutico e de valorização profissional para a minha prática enquanto EESMP.

O desenvolvimento das competências de investigação mostraram-se imprescindíveis na consolidação de conhecimentos sobre metodologias de investigação, fornecendo um contributo para o exercício da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no cuidado ao cuidador da pessoa idosa.

Em algum momento da vida, as pessoas deparam-se com mudanças no seu estado de saúde, mudanças essas causadas a nível biológico, psicológico, social, ambiental ou genético e que podem interferir com a autonomia da pessoa, parcial ou totalmente. O envelhecimento e os processos de doença são momentos de transição na vida das pessoas, que conduzem à ocorrência de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as progressivamente dependentes dos outros, que se veem confrontados com o exercício de um novo papel, o de cuidador informal. Estes, na maioria das vezes, não estão preparados para o seu exercício, confrontando-se, também, com um processo de transição.

Neste âmbito o EESMP tem um papel primordial na manutenção e promoção da qualidade de vida das populações idosas e dos seus cuidadores. A Promoção da Saúde Mental do cuidador deve ser uma prioridade, pois constitui-se como um pilar fundamental para a manutenção do equilíbrio social.

A psicoeducação é uma atividade psicoterapêutica no âmbito da atuação do EESMP que quando aplicada ao cuidador procura reduzir níveis de sobrecarga e promover o

bem-estar para o cuidador e para a pessoa cuidada. Segundo o Regulamento de competências específicas do EESMP, este tem a “competência para coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação” (OE,2018).

Saliento assim o papel de destaque que a intervenção psicoterapêutica [psicoeducação] teve durante o meu percurso. Intervir junto dos cuidadores da pessoa com demência ao longo de 7 semanas foi uma experiência extremamente enriquecedora e que me concedeu oportunidades de crescimento pessoal e profissional. Fornecer conhecimento e suporte aos cuidadores durante a sua transição para este novo papel, sentir as suas dificuldades, a partilha de experiências e a sua entrega durante as sessões foi sem dúvida uma vivência indescritível.

Com base nas evidências demonstradas acerca dos programas psicoeducacionais e na experiência adquirida no ensino clínico da comunidade, consegui no último estágio desenvolver um programa psicoeducativo destinado a familiares da pessoa em consulta de cessação alcoólica. Esta experiência e oportunidade permitiu-me enriquecer os meus conhecimentos e desenvolver as minhas competências enquanto EESMP, adequando a psicoeducação em diferentes contextos, como objetivo primordial a capacitação dos indivíduos.

Este curso revelou-me o imenso potencial terapêutico do EESMP e como a sua área de atuação é transversal a cada contexto e a cada utente durante o seu ciclo vital.

Considero assim que os objetivos para a realização deste relatório foram atingidos, pese embora fica a responsabilidade que o conhecimento e estas oportunidades trouxeram para a minha prática diária. Pretendo assim continuar no caminho da valorização da profissão de enfermagem e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, mantendo sempre um espírito crítico e reflexivo sobre cada experiência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A.; Almeida, E. e Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp.174-176). Lisboa: Lidel.

American Psychiatric Association. (2014) *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.

Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e Intervenções* 2ª ed. Lidel.

Bento, M., Amaral A., Silva, A. (2021). Idosos a cuidar de idosos: Um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Cogitare Enfermagem*, v26:e79093. Doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093

Bessa, F., Bandeira, M., Cury T., Oliveira, D. (2020). Sobrecarga e sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13 (2), 1-19. <https://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14705>

Bicalho, C. S., Lacerda, M. R., e Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 13(1), 118-123, <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11972/8443>

Bissett, K. M., Cvach, M., & White, K. M. (2016). Improving competence and confidence with evidence-based practice among nurses: Outcomes of a quality improvement project. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(5), 248-255. <https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000293>

Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Quarteto Editora. ISBN: 9789728717193

Castro L., Sousa D., Pereira, A., Magalhães I., Luzio D., Lameiro S., Zeller M. (2020) Cuidador informal familiar: relação familiar e a satisfação/insatisfação na gestão do cuidado. *Latin American Journal of Development*, v.2, n.6, p. 464-479 <https://doi.org/10.46814/lajdv2n6-011>

Cohen-Mansfield J. (2001) Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*. 9(4):361-81. <https://doi.org/10.1097/00019442-200111000-00004>

Collière MF. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2a ed. Loures: Lusociência;

Costa, L.G. (2016), *Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem*, *Enfermagem Brasil*, V15, n3 <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial Humanistas da Relação de Ajuda*, (vol1), Loures: Lusodidacta

Deodato, S. (2008). *A Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Edições Almedina

Decreto de lei nº 35/2023, Lei da Saúde Mental, Diário da República n.º 141/2023, Série I, páginas 2 – 23, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, Regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde n.º 38/2008, Série, <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>

Despacho nº 10143/2009, Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, Diário da República, 2.ª série, N.º 74

Direção Geral de Saúde (2012). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Norma 30/2012. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-de-alcool.pdf>

Direção Geral de Saúde (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos utentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Dovi, E., Bier, JC, & Fantini-Hauwel, C. (2020). *Evolução da experiência vivida de cuidadores com demência após um grupo psicoeducativo: uma análise fenomenológica*

interpretativa. *Revista escandinava de ciências do cuidado*, 35 (4), 1134-1142. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12929>

Elsheikh MA., Moriyama M., Rahman MM., Kako M., Hashem A., Monshed E., Zoromba M., Zehry H., Khalil M., Gilany A., Amr, M. (2022) Efeito de uma intervenção multidimensional personalizada na carga de cuidados entre cuidadores familiares de sobreviventes de AVC: um estudo controlado randomizado. *BMJ open* 2022;12. 2nd ed. DOI: <http://doi:10.1136/bmjopen-2021-049741>

Fernandes, J. C. (Ed.) (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-347-8

Garcia, D, Vesentini, G., Betini, M.; Corrente, J, Jacinto, A Qualidade de vida de idosos cuidadores de familiar idoso: revisão sistemática. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]*, v. 2, pág. e12312240013, 2023. DOI: <http://10.33448/rsd-v12i2.40013>.

Garrett C, Santos F, Tracana I, Barreto J, Sobral M, Fonseca R. (2007) CDR - versão portuguesa In: *Avaliação Breve do Estado Mental: Escalas e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (eds); pp 17-32.

Gigliotti, A.; Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 – I). 11 13. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>

Gonzales, R., Casarin, S., Calibri, M., Sasaki C., Monroe A., Villa T., (2003) Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.11. n.º2, p. 227-231. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200013>

Gossink F; Pijnenburg Y; Scheltens P; Pêra A; Kleverwal R; Korten N; Stek M; Dröes RM; Dols A, (2018). An intervention program for caregivers of early-onset dementia patients with frontal behavioral changes: an explorative study increasing their sense. *Psychogeriatrics: jornal* ISSN: 1479-8301, novembro de 2018; Vol. 18 (6), pp. 451-459; Editora: Blackwell Pub; <https://doi.org/10.1111/psyg.12351>

Griffiths PC, Kovaleva M, Higgins M, Langston AH, Hepburn K. (2018) Tele-Savvy: An Online Program for Dementia Caregivers. *Jornal Americano da doença de Alzheimer e outras demências*. Aug;33(5):269-276. doi: 10.1177/1533317518755331.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) Projeções de População Residente em Portugal.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2) consultado a 27/02/2024

Instituto Politécnico de Saúde do Norte. (2013). Guia de normalização técnico-científica da Escola Superior de Saúde Vale do Ave

International Council of nurses (ICN) (2012). Combater a Desigualdade- da evidência à ação. ISBN 978-989-8444-09-7 [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)

International Council of nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Versão 2019-2020 Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kim, H., Chang, M., Rose, K., Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>

Jang, J., & Choi, H. (2016). 'Effects of Emotion-focused Individual Intervention for Family Caregivers of People with Early Stages of Dementia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi:10.12934/ JKPMHN.2016.25.2.101>

Lourenço, S. (2021). *Estimulação cognitiva: Uma Intervenção com a pessoa com cognição comprometida*. Master Thesis. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44435/1/MESMP\\_9529\\_reformulada.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44435/1/MESMP_9529_reformulada.pdf)

Maciel S., Silva F., Pereira C., Dias C., Alexandre T., 2018. Cuidadores de dependentes químicos: Um estudo de sobrecarga familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* vol. 34, DOI: 10.1590/0102.3772e34416

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. Sep;23(1):12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>. PMID: 10970036.

Meleis, A. I. (2010), *Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A., Trangenstein, PA (2010). Facilitando Transições: Redefinição da Missão de Enfermagem. In: AI Meleis. *Teoria das Transições: Teorias de Médio Alcance e Situações Específicas na Pesquisa e Prática de Enfermagem*. Nova York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The first U. S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16-25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Integrative review: A research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Monteiro, B., Santos T. , Nogueira M. , Dourado M. (2023) The relationship between burden and caregiver's sleep disturbances in dementia: a systematic review. *Dement Neuropsychol* 2023;17:e20230030. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2023-0030>

Mestre, M. (2010). *Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes* Master thesis Universidade do Algarve <http://hdl.handle.net/10400.1/399>

Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2016) *Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 5ªed*. Rio de Janeiro: Elsevier

Nolan, M., Grant, G. e Keady, J. (1996). Understanding family care. A multidimensional model for caring and coping. Open University Press.

Nolan, M., Grant, G. e Keady, J. (1998). Assessing the needs of family carers. A guide for practitioners. Brighton: Pavilion Publishing.

Nunes, M. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos da saúde*, 2 (2) <https://orcid.org/0000-0002-9276-8142>

Nunes, L. (2014-11-28). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Da publicação às compreensões. Setúbal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP\\_Responsabilidade%20%20profissional%20%c3%a9tica%20e%20legal\\_LN.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%c3%a9tica%20e%20legal_LN.pdf)

OCDE (2017), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico. Visão Geral da Saúde: Indicadores da OCDE. Panorama da Saúde 2017: Indicadores da OCDE. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

OCDE (2023), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico: Alcohol consumption (indicator). <https://doi:10.1787/e6895909-en>

Oliveira, A. (2007). *Memória: Cognição e Comportamento*. 1ª Edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, [https://books.google.pt/books?id=Q9mJ\\_uGTyplC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=Q9mJ_uGTyplC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false)

Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde. Diário da República 2ª Série n.º 122/2015, <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 01/ 2017- Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP\\_Parecer1\\_2017\\_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República 2ª Série nº 151 <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. no26 Diário da República, 2a série 4744 Lisboa. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Pátias T., Vieira A., Santos A. (2022). Qualidade de Vida e codependência em familiares de usuários de drogas. *Revista FSA* 19(9):337-352 DOI: 10.12819/2022.19.9.17

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Pinho, L. (2015). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In Sequeira C. Sampaio F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. 2ª ed. Lidel

Pinto, A., Mota, L., (2023) Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol, *RevSALUS* 5(1) <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pinheiro, C., Araújo, M., Rolim, K., Oliveira C., Alencar, A., (2019). Teoria das Relações Interpessoais: Reflexões acerca da função do enfermeiro em Saúde Mental. *Enfermagem em Foco* 10 (3), 64-69. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>

Preto, L., Martins, M., Brás, M, Pimentel, M. & Fernández-Sola, C. (2015) Enfermagem portuguesa: análise da produção e divulgação do conhecimento através de repositórios institucionais. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 35-43. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14071>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro nº 161/96, de 4 de setembro, Diário da República, 1ª Série- nº205, 2959-2962, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Sampaio, F., Carvalho, J. C., Araújo, O., & Rocha, O. C. (2014). Investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria: Uma análise documental. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 71-75.

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

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. doi: 10.19131/rpesm.0205

Sampaio, F., Martins A., Marques J., Barreto M., Seabra P., Lopes S., (2023). *Guia Orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. 1ª edição. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencaoopsicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf)

Santos, C., Pimenta C., Nobre M. (2007). A questão PICO para a construção da questão de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (3). <https://doi.org/10.1590/S0104-116920D7000300023>

Santos, R., Sousa, M. & Dourado, D. (2011). Intervenções de grupo para a sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: Uma revisão sistemática. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 38(4), 161-7. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009>

Santos J. (2023) Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem* Agosto 27(1)87-94. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153–171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Schumacher KL, Meleis AI. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* Summer;26(2):119-27. <https://doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Doctoral Dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas da Abel Salazar da Universidade do Porto.

Sequeira, C. (2013), Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 491–500. <https://doi:10.1111/jocn.12108>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª ed. Lidel

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Edições Técnicas. Lidel

SICAD (2022). Relatório Anual de 2021- A Situação do País em Matéria de Álcool. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=180&lista=SICAD\\_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/](https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=180&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/)

Simonetti, J. P., Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da-USP*, 2(1), 19-25. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100003>

Silva, M., Sá, L., & Sousa, L. (2018). Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa.

*Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 54-60. doi: 10.19131/rpesm.0202

Silva J, Santos L, Menezes A, Neto A, Melo L, Silva F. (2021) Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26, <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Soares C., Sena E., Malhado S., Carvalho P., Santos V., Ribeiro B. (2021) Inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas: cuidar e ser cuidada. *Enferm Foco*;12(1):7-12. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3298>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 3), 33-38. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0114>

Sousa, L. (2017). *Criação e Validação de um Programa de Capacitação para Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência*. Doctoral dissertation. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Repositório aberto da Universidade do Porto.

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., Lleixà-Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe.5),45-50 <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>

Sousa, L., Araújo, O., Silva M., (2020). Estimulação Cognitiva. In Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (p.190-191). Lidel.

Sousa, L., Sequeira C., Ferré Grau C., Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (p. 162-165). Lidel

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Costa, R., Pimenta, S., Silva, S., Graça, L. (2021). Living Together with Dementia—A psychoeducational group programme for family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/ppc.13025>

Souza, M., Sartor V., Padilha M., Prado, M. (2005) O Cuidado Em Enfermagem - Uma Aproximação Teórica. *Texto e contexto enfermagem* 14 (2) junho, <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>

Teixeira F. (2012). *O alcoolismo, a família e as representações sociais* [comunicação] Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-989-96103-6-1

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Nascimento, R. (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional. <http://www.cuidadoresportugal.pt/>

Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 33(3), 178–86. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i3.12160>

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.

UNESCO, Comissão Nacional da UNESCO-Portugal (2005) – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>

World Health Organization (2001a). The Alcohol Use Disorders Identification Test. 2ª ed. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67205/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a-eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization (2001b). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/1/WHR\\_2001.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/1/WHR_2001.pdf)

World Health Organization. (2021a). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2021b). Evidence-informed decision-making for health policy and programmes: Insights and best practices from successful country initiatives. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349894/9789240036000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1- Folheto informativo de apoio aos cuidadores da  
pessoa com demência**

### Estimulação cognitiva

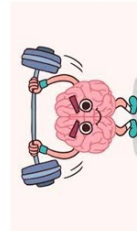
É fundamental estimular a cognição da pessoa com demência, principalmente nas fases inicial e moderada pois permite atrasar os défices provocados pela demência e melhorar o desempenho em tarefas diárias.

Essa estimulação deve ser **diária** para que produza resultados eficazes e mais duradouros.

Seguidamente são apresentadas algumas atividades de estimulação cognitiva que poderá fazer em casa com o seu familiar:



- ☺ **Incentive o seu familiar a resolver passatempos como palavras cruzadas, sopa de letras, encontrar diferenças, ler**
- ☺ **Elabore com o seu familiar, diariamente, uma lista de atividades e tarefas do dia**
- ☺ **Depois de um programa de televisão faça-lhe perguntas e discuta com ele alguns assuntos**
- ☺ **Depois da leitura do jornal ou revista peça-lhe que comente as notícias que leu**



- ☺ **Mostre com frequência fotos que lhe são familiares e importantes questionando onde foram tiradas, o nome das pessoas, o que aconteceu naquele dia**
- ☺ **Faça exercícios de memorização de palavras com o seu familiar**
- ☺ **As atividades diárias são excelentes meios de estimulação, alguns exemplos : "vamos fazer sopa. O que é preciso para a sopa?"; "Vais tomar banho, o que precisas?"; "Vamos pôr a mesa. Quantos pratos são precisos?"; etc**

### Cuidados a ter com a medicação da pessoa com demência

- ☑ **Estar atento a alguns efeitos secundários que podem surgir: diarreia, vômitos, fadiga, tonturas, dores de cabeça, cansaço... - é importante identifica-los e discuti-los com o seu médico e enfermeiro.**
- ☑ **Cada pessoa pode ter reações diferentes à medicação... Estar atento!**
- ☑ **Manter a dose e o horário da medicação conforme a prescrição médica...**

#### Links úteis:

[https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/manual\\_do\\_cuidador.pdf](https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/manual_do_cuidador.pdf)  
<https://alzheimerportugal.org/>

#### Folheto elaborado por:

Joana Vieira (aluna de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)  
Orientada por: EnFª Fátima Diegues e EnFª Luís Ribeiro

Setembro de 2023

# Demência: Folheto de apoio a cuidadores



Serviço de Internamento de Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental



## O que é a Demência ?

A demência é uma doença neurológica pois afeta o cérebro e é progressiva avançando por fases. É também considerada degenerativa pois com o passar do tempo os neurónios vão-se deteriorando.

### SINTOMAS COMUNS

Perda de memória, desorientação, dificuldades na comunicação em reconhecer objetos e/ou pessoas. Podem ocorrer problemas comportamentais e psicológicos tais como: agressividade, depressão, inquietação ou apatia.

Dependendo do tipo de demência do seu familiar, as alterações podem ser mais marcadamente comportamentais ou psicológicas, contudo podem-se distinguir 4 fases de evolução (inicial, moderada, grave e final). A duração de cada uma delas é variável e cada pessoa tem a sua evolução própria.

### Estratégias para gerir alterações de comunicação e comportamento

**COMUNICAÇÃO** Por vezes o facto de não ser compreendido pode desencadear no doente uma reação emocional muito intensa. É importante que adequa as estratégias que melhor funcionarem para uma comunicação mais eficaz. Seguem alguns exemplos:

- ⇒ Não grite. Use um tom de voz calmo e fale devagar
- ⇒ Simplifique ao máximo o discurso
- ⇒ Utilize frases curtas
- ⇒ Se o seu familiar disser palavras soltas sem construir uma frase, complete-a repita-a para compreender que percebeu

### ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO

#### Desorientação

A pessoa não reconhece o dia nem o local onde se encontra.

⇒ Manter as rotinas do seu familiar (alterações das rotinas geram mais confusão)

⇒ Gerir o ambiente por exemplo: arrumar sempre os mesmos objetos nos mesmos locais, recorrer a símbolos ou imagens para identificar portas e armários

⇒ Colocar relógios grandes e calendários e todos os dias de manhã promover a orientação temporal questionando que dia e horas são

#### Comportamento agressivo

⇒ Durante um período de agressividade mantenha a calma e não entre em confronto com o seu familiar

⇒ Tente distrair o seu familiar com outro foco



#### Agitação e deambulação

Pode acontecer que o seu familiar tenha alguns períodos de deambulação sem destino e maior agitação, nesses casos procure distraí-lo e dar-lhe alguma tarefa manual que consiga fazer como por exemplo dobrar coisas, pintar.



### Atividades Básicas de vida diária

Deve incentivar o seu familiar a manter-se o mais autónomo possível, incentive-o na sua higiene pessoal, mas supervisione.

#### Dicas úteis

Para evitar que o seu familiar possa fechar-se na casa de banho deve retirar a chave da porta ou o fecho interior.

😊 Se possível, substituir a banheira por um polibã, ou adaptar a banheira com uma cadeira de encaixe giratório, por exemplo.

😊 Se possível substituir o chuveiro fixo por um chuveiro com mangueira flexível.

😊 Colocar um tapete antidesslizante na base do polibã ou banheira.

😊 Prepare a roupa com antecedência, deixando-a pela ordem a seguir para vestir, isto promove a autonomia do seu familiar.

😊 Para facilitar esta tarefa escolha roupa larga; em vez de botões opte por fechos de velcro; use sapatos com fecho de velcro; opte por calças e saias com elástico na cintura em vez de botões ou cintos.

## **Apêndice 2- Procedimento DiOr viver com a demência**

<b>Processo</b>	Assistencial – Programa de Saúde Mental
<b>Procedimento</b>	Viver com Demência
<b>Data da elaboração:</b> 7 de novembro de 2023	PA
<b>Codificação</b>	
<b>Verificado pelo Conselho Técnico:</b> 14/11	Aprovação pelo Conselho Geral: 14/11/2023
<b>Versão:</b> 01	Próxima revisão: novembro/2024 Responsabilidade: Autores

### Objetivos:

- Promover melhoria ou manutenção da cognição
- Promover o papel de prestador de cuidados
- Promover a capacitação do prestador de cuidados
- Diminuir a sobrecarga do prestador de cuidados/ stress do prestador de cuidados

### Âmbito

Com o Projeto Viver com Demência pretende-se contribuir para a melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde da pessoa com PNC e seu cuidador, numa base de proximidade e continuidade, com cuidados especializados e integrados nos vários níveis de cuidados do serviço Nacional de Saúde, enquadrado na Estratégia de Saúde na área das demências (Diário da República, 2018).

Preconiza-se igualmente articulação e complementaridade, tendo como objetivo a continuidade de cuidados, pelo que todo o processo de intervenção ocorre em parceria como utente/ cuidador, rede social e nos vários níveis de cuidados de saúde.

### Enquadramento/ Definições

- Cognição- é um processo complexo, que engloba a capacidade de processamento da informação, aprendizagem e generalização, podendo ser subdividida em diversas funções: atenção, memória, orientação, raciocínio entre outros (Silva et al, 2020).

- Perturbação neurocognitiva (PNC) maior- Os critérios de diagnóstico evidenciam “um declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou

mais domínios cognitivos” (Fernandes, 2013, p. 720); existe uma “interferência dos défices cognitivos na realização independente das atividades de vida diária “ (Fernandes, 2013, p. 720), necessitando de assistência nas atividades instrumentais complexas de vida diária como por exemplo, pagar contas ou gerir medicação;

- Perturbação Neurocognitiva menor- os critérios de diagnóstico indicam que deve haver “evidência de um declínio cognitivo modesto em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (Fernandes, 2013, p. 722), sendo que esses défices não devem interferir “na realização independente das atividades de vida diária” (Fernandes, 2013 p. 722). Poderá existir uma maior dificuldade nas atividades instrumentais da vida diária mais complexas.

- Prestador de Cuidados/Cuidador familiar \_ individuo que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, o que impede o desenvolvimento normal das suas atividades diárias e das suas relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno do cuidado ao familiar doente (FerréGrau, C. et al., 2011)

- Psicoeducação - essencial para o exercício do seu papel, a psicoeducação como intervenção psicoterapêutica, poderá ser desenvolvida individual ou em grupo, promovendo o aumento dos conhecimentos e habilidades dos prestadores de cuidados, com resultados estudados ao nível da redução da sobrecarga, depressão e melhoria do bem-estar do cuidador (Pinquart & Sorensen, 2003; Silva et al., 2018).

- Sobrecarga por stress / Stress do Prestador de cuidados \_ sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo (ICN, 2019)

## **Responsabilidades**

A responsabilidade da execução do procedimento é dos autores do mesmo.

## **População-alvo:**

- Utente com alteração da cognição

- Prestador de cuidados/família da pessoa com alteração da cognição

### **Critérios de referenciação**

- Utente com alteração da cognição, com PNC minor ou major, fase inicial e moderada
- Prestador de cuidados com necessidade de Psicoeducação da pessoa com PNC major em fase inicial e moderada.
- Prestador de Cuidados com Sinais de stress / sobrecarga avaliado pela Escala de Sobrecarga do Cuidador, Sequeira (2007).

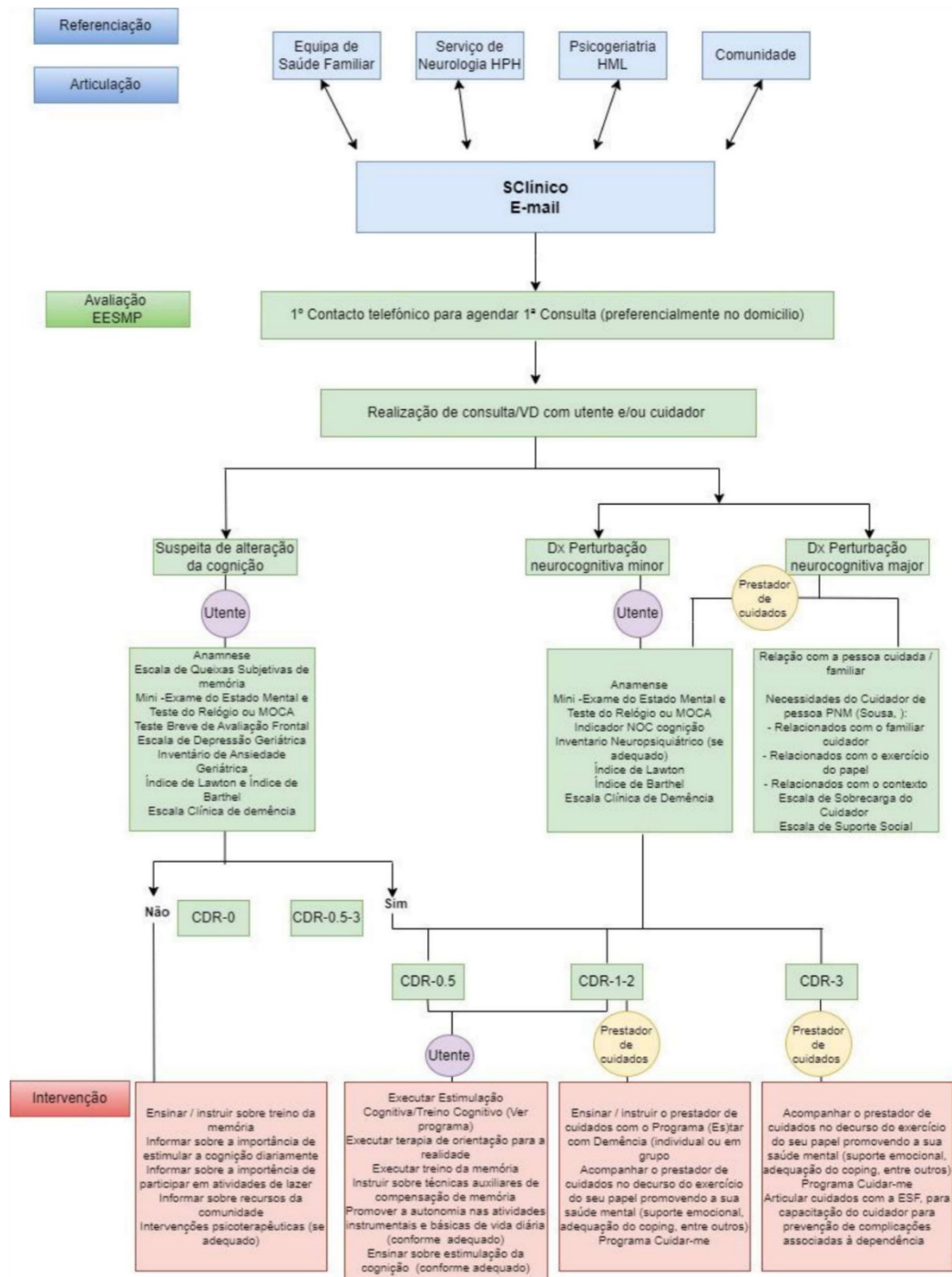
### **Indicadores de Avaliação**

- Taxa de prevalência do diagnóstico “cognição comprometida”
- Taxa de prevalência do diagnóstico “papel do prestador de cuidados comprometido”
- Percentagem de clientes com melhoria/ manutenção da cognição
- Percentagem de cuidadores com melhoria no papel do prestador de cuidados expresso no diagnóstico “papel do prestador de cuidados não comprometido”
- Percentagem de cuidadores com melhoria no conhecimento sobre estimulação da cognição expresso no diagnóstico “conhecimento do prestador de cuidados sobre estimulação da cognição demonstrado”
- Proporção de utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados

### **Algoritmo de Atuação**

O algoritmo de atuação apresenta o modelo de intervenção do Projeto Viver com Demência, permitindo identificar o percurso do utente desde a referenciação, de acordo com a tipologia de necessidade de cuidados e o utente alvo de cuidados. Preconiza a articulação entre as equipas dos cuidados de saúde primários, bem como dos cuidados especializados, como o Serviço de Neurologia do Hospital Pedro Hispano e o Serviço de Psicogeriatrica do Hospital Magalhães Lemos. Outros parceiros são os parceiros da rede social e o Departamento de Saúde Mental, que podem também referenciar para o

projeto. A avaliação e definição do plano de cuidados deve ser individual e personalizada às necessidades em enfermagem de saúde mental do utente e prestador de cuidados.



## Referências

Fernandes, J. C. (Ed.) (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-347-8.

Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., & Aparicio-Casals, M. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. 1ª ed. Tarragona: Publidisa.

International Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2019.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and Physical health: A meta- analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/08827974.18.2.250>.

Sequeira, C. (2007). Adaptação e validação da escala de sobrecarga de cuidador de Zarit. *Referência*, 12, (2), 9-16.

Silva, M, Araújo, O, Sousa, L., Sampaio, F, Sequeira, C. (2020). Cognição In Sequeira, C, Sampaio, F (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (1ª Ed., pp. 125-127). Lidel Edições Técnicas, Lda.

**Apêndice 3 - Programa Psicoeducativo para familiares do  
utente em seguimento na Consulta de Enfermagem de  
Cessação Alcoólica**

## **Programa Psicoeducativo para familiares do utente em seguimento na Consulta de Enfermagem de Cessação Alcoólica**

---

### **Âmbito**

Este programa designa-se “Programa Psicoeducativo para familiares do utente em seguimento na consulta de enfermagem de Cessação Alcoólica (CECA)”. Tem o seu início após a 3ª sessão individual do utente em CECA e tem como objetivo aumentar a adesão do utente ao regime terapêutico e promover o apoio e suporte familiar do utente em cessação alcoólica.

### **Problema**

O pouco apoio que os utentes em consulta de cessação alcoólica apresentam por parte da família. Problema muitas vezes despoletado após vários anos de consumo com consequências e desgaste na dinâmica familiar, levando muitas vezes a sentimentos de desesperança e desinteresse pelo tratamento do utente. Esta situação gera maior instabilidade emocional no utente e maior risco de abandono do tratamento.

### **Nota Introdutória**

De acordo com o relatório da OCDE, relativo ao consumo de álcool, Portugal apresenta-se como o 12º país com consumos mais elevados (OCDE, 2023). Estes consumos estão também descritos pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, onde foram constatados que vários indicadores em 2021 ultrapassaram os níveis pré-pandémicos, entre eles, os readmitidos em tratamento por problemas relacionados com o uso de álcool, os internamentos hospitalares com diagnóstico principal ou secundário atribuíveis ao consumo de álcool e as sinalizações e diagnósticos de exposição de crianças/jovens a comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento (ambos com os valores mais altos dos últimos cinco anos) (SICAD, 2022). Sendo por isso, a problemática do consumo de álcool uma questão de saúde pública, onde deverão surgir estratégias, políticas e intervenções para fazer face a este aumento.

A multiplicidade do quadro clínico do alcoolismo e das suas consequências exigem uma intervenção multidisciplinar, no entanto o seu resultado vai depender de vários fatores

onde se destacam a motivação e o envolvimento do seu ambiente no tratamento e reintegração sociofamiliar, laboral e comunitário (Sequeira, 2006).

São bem conhecidas as consequências e o impacto que o álcool tem para a pessoa dependente, no entanto a dependência alcoólica afeta não só o próprio, como também a sua família. Garcia (2002) defende que das primeiras implicações negativas que se instalam na presença de uma dependência alcoólica é a disfunção familiar.

Vários estudos recentes que avaliam a sobrecarga e a qualidade de vida dos familiares de pessoas com dependência de álcool sugerem uma sobrecarga presente, sintomatologia depressiva e baixo nível de qualidade de vida nos familiares que coabitam com a pessoa dependente de álcool (Maciel et al 2008; Bessa et al, 2020; Pátias et al, 2022).

Pátias et al (2022) no seu estudo acerca da avaliação da qualidade de vida do familiar da pessoa com dependência de drogas sugerem como medida protetora e preventiva de saúde, o apoio psicológico aos familiares das pessoas dependentes de drogas.

Os familiares apesar de sofrerem um impacto negativo com o abuso do álcool da pessoa dependente têm também um importante papel no seu tratamento e reabilitação (Soares et al, 2021).

Os estudos disponíveis sobre esta problemática evidenciam que o apoio da família poderá intervir no processo de reinserção social destas populações no sentido de uma melhor integração social, apesar de devido a consumos de longa data e suas consequências levarem por vezes ao abandono e desinteresse por parte da família.

Utentes acompanhados por familiares na consulta de cessação alcoólica revelam maior adesão ao regime terapêutico, apresentam maior autoestima e autoconfiança (Teixeira, 2012).

A educação pode ser uma poderosa forma de intervir no tratamento com os utentes em consulta de cessação alcoólica e seus familiares, orientando-os no sentido da mudança para estilos de vida saudáveis.

Nesse sentido a intervenção do EESMP na abordagem do utente com problemas ligados ao álcool deverá passar não só por uma intervenção centrada no individuo (através de intervenções psicoterapêuticas como a técnica de modificação de comportamento, a reestruturação cognitiva ou relação de ajuda), mas também deverá ser

incluída a família com intervenções psicoterapêuticas no âmbito da psicoeducação, por forma a alcançar o sucesso terapêutico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a psicoeducação pode ser definida como:

*“Uma forma específica de educação... o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (p.15)”.*

Pretende-se assim desenvolver um programa psicoeducativo para familiares de utentes em consulta de enfermagem de cessação alcoólica com o objetivo de aumentar a adesão ao regime terapêutico e alteração de comportamentos no sentido da cessação alcoólica e ganhos em saúde.

A psicoeducação ao familiar deve incluir informação sobre a doença, para uma melhor compreensão das atitudes e comportamentos do utente, além de serem ensinadas e treinadas estratégias para lidar com a pessoa com problemas ligados ao álcool identificando sinais precoces de recaída (Pinho, 2015)

Tabela1- Boas Práticas para a execução do Programa Psicoeducativo ao Familiar do utente em CECA

<b>Público Alvo</b>	Familiares de utentes em Consulta CECA
<b>Local</b>	Consulta externa de Psiquiatria da ULS Tâmega e Sousa
<b>Modalidade</b>	Em grupo, Aberto
<b>Nº de sessões</b>	3
<b>Nº de participantes</b>	Mínimo de 3 máximo de 6
<b>Duração de cada sessão</b>	60 min
<b>Avaliação</b>	Avaliação sociodemográfica Indicador NOC Apoio da família durante o tratamento Indicador NOC Conhecimento: Controlo sobre o uso de substâncias Questionário de satisfação e conhecimentos para Familiares de utentes em CECA

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reduzir o risco de recaída do utente em CECA</li> <li>➤ Promover o suporte emocional do utente em tratamento</li> <li>➤ Aumentar os conhecimentos do Familiar sobre o alcoolismo e suas consequências</li> <li>➤ Promover a adesão ao regime terapêutico</li> <li>➤ Facilitar a aquisição de competências comunicacionais por parte da família.</li> <li>➤ Promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e de sobrecarga do familiar</li> </ul>
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Potencial do familiar para melhorar o conhecimento sobre o abuso de álcool</li> <li>➤ Potencial do familiar para melhorar o conhecimento sobre estratégias de redução do comportamento aditivo</li> <li>➤ Adesão ao regime terapêutico comprometida</li> </ul>
<b>Modelo</b>	Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio, 2018)
<b>Momentos de Avaliação</b>	Antes do início do programa Após término do programa

Tabela 2- Planeamento das sessões do Programa Psicoeducativo

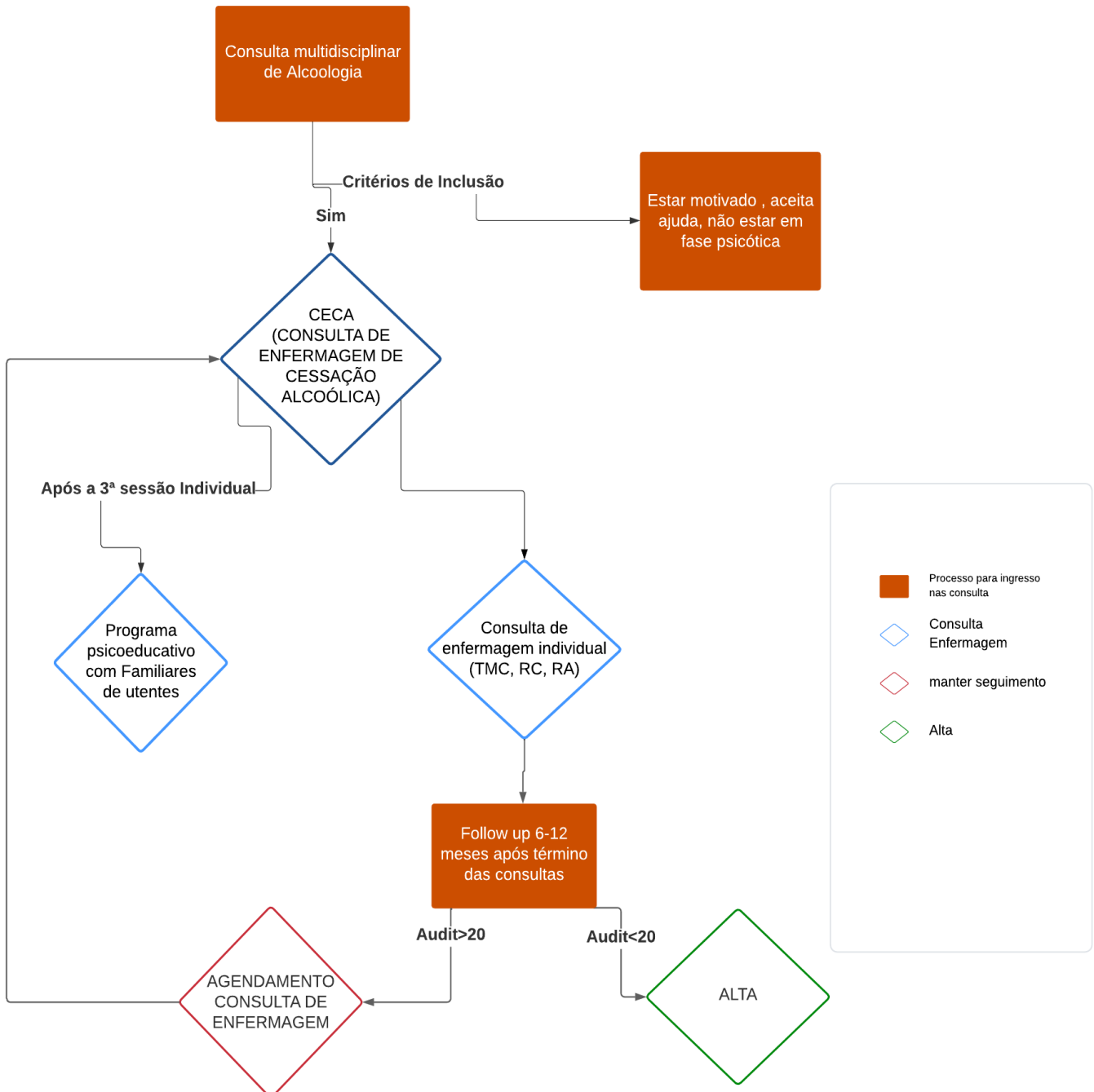
<b>SESSÃO 1</b>	
<b>TEMA</b>	Álcool e seus malefícios
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o conhecimento sobre o álcool e seus malefícios</li> <li>➤ Informar sobre o alcoolismo e o seu impacto na família</li> <li>➤ Promover a partilha de experiências entre familiares acerca das principais dificuldades</li> </ul>

		<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentos iniciais</li> <li>➤ Apresentação do profissional e dos participantes</li> <li>➤ Esclarecimento do tema e objetivos para a sessão 1</li> </ul>	Expositivo	10 min
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expor aos familiares os malefícios do álcool no organismo; na vida familiar, na vida laboral e na vida social</li> <li>➤ Abordar a importância da retirada do álcool em ambiente familiar e convívios sociais</li> <li>➤ Informar sobre sinais de abstinência</li> <li>➤ Promover espaço de partilha entre familiares acerca das principais dificuldades na dinâmica familiar e o utente com problemas ligados ao álcool</li> </ul>	Expositivo Interativo Participativo	40 min
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resumo da sessão</li> <li>➤ Agendamento da próxima sessão</li> <li>➤ Cumprimentos finais</li> </ul>	Ativo Interrogativo	10 min

<b>SESSÃO 2</b>			
<b>TEMA</b>	Competências Comunicacionais no apoio ao utente em CECA		
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otimizar as aptidões de comunicação do familiar como fator determinante no desbloqueio e facilitação de resolução de problemas referentes ao consumo de álcool do utente em CECA</li> </ul>		
		<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentos iniciais</li> <li>➤ Esclarecimento do tema e objetivos para a sessão 2</li> </ul>	Expositivo	10 min
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Importância do reforço positivo pelo familiar ao utente em CECA pelos ganhos conseguidos (diminuição/ eliminação do consumo)</li> <li>➤ Esclarecer a importância e o papel da família na reabilitação do utente em CECA</li> <li>➤ Informar sobre recaída, sinais e alertas</li> <li>➤ Treinar estratégias de comunicação positiva e motivacional</li> </ul>	Expositivo Interativo Participativo	40 min
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resumo da sessão</li> <li>➤ Agendamento da próxima sessão</li> <li>➤ Cumprimentos finais</li> </ul>	Ativo Interrogativo	10 min

<b>SESSÃO 3</b>			
<b>TEMA</b>	Sentimentos e expectativas na convivência com o utente em CECA		
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Permitir e expressão de sentimentos e dificuldades na convivência com o utente com PLA</li> <li>➤ Desenvolver estratégias de coping eficazes</li> </ul>		
		<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentos iniciais</li> <li>➤ Esclarecimento do tema e objetivos para a sessão 3</li> </ul>	Expositivo	10 min
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abordar os sentimentos desagradáveis e as principais dificuldades do familiar no percurso de desabituação alcoólica do utente</li> <li>➤ Abordar expectativas face à cessação alcoólica do seu familiar</li> <li>➤ Identificar estratégias de coping</li> </ul>	Expositivo Interativo Participativo	40 min
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resumo da sessão</li> <li>➤ Avaliação do programa</li> <li>➤ Cumprimentos finais</li> </ul>	Ativo Interrogativo	10 min

## Fluxograma da Consulta de Enfermagem de Cessação Alcoólica



## Bibliografia

Bessa, F., Bandeira, M., Cury T., Oliveira, D. (2020). Sobrecarga e sintomatologia depressiva em familiares cuidadores de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. *GeraiS: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13 (2), 1-19. <https://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14705>

Garcia, M.. (2002). Patología familiar y violencia doméstica. En: Monografía Alcohol. Rev. Adicciones. 14 (1), pp.221-258. DOI <https://doi.org/10.20882/adicciones.525>

Maciel S., Silva F., Pereira C., Dias C., Alexandre T., 2018. Cuidadores de dependentes químicos: Um estudo de sobrecarga familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 34, DOI: 10.1590/0102.3772e34416

Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2016) *Classificação dos resultados de enfermagem - NOC* (5ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier

Melo Patias, T., Guirland Vieira, A., & Pujol Vieira dos Santos, A. M. (2022). Qualidade de Vida e Codependência em Familiares de Usuários de Drogas. *Revista FSA*, 19(9). DOI: 10.12819/2022.19.9.17

Pinho, L. (2015). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In Sequeira C. Sampaio F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. 2ª ed. Lidel

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. In Regulamento n.º 356/2015 – Diário da República n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25

Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2018 num 19, 77-84. doi: 10.19131/rpesm.0205

Sequeira, C. (2006) Introdução à prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Coimbra: Editora Quarteto*, 16.

Soares C., Sena E., Malhado S., Carvalho P., Santos V., Ribeiro B. (2021) Inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas: cuidar e ser cuidada. *Enferm Foco*;12(1):7-12. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3298

Teixeira, F. (2012). O Alcoolismo, a família e as representações sociais. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 143-146

SICAD (2022). Relatório Anual de 2021. A Situação do País em Matéria de Álcool. [https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/193/Sumario\\_Executivo\\_ALCOOL\\_2022.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/193/Sumario_Executivo_ALCOOL_2022.pdf)

OCDE (2023), Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en

**Apêndice 4- Plano de sessão Formativa- Programa  
Psicoeducativo de Capacitação de Cuidadores de Idosos com  
Dependência**

**Formação:** Programa Psicoeducativo de Capacitação de Cuidadores de Idosos com Dependência

**Formadora:** Enf.<sup>a</sup> Joana Vieira

**Formandos:** Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental da ULS

**Duração:** 30 minutos **Data:** 06/12/2023. Local: online/teams

<b>Tema</b>	Programa Psicoeducativo de Capacitação de Cuidadores de Idosos com dependência
<b>Objetivo geral</b>	Promover atualização de conhecimentos na área da Psicoeducação do Cuidador da pessoa com dependência
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o envelhecimento e as suas consequências</li> <li>- Esclarecer a importância da Psicoeducação do cuidador</li> <li>- Clarificar as principais características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos através de revisão integrativa da literatura</li> <li>- Dar a conhecer um programa de capacitação de cuidadores de idosos com dependência</li> </ul>
<b>Orientação metodológica</b>	Método expositivo
<b>Assuntos a abordar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Envelhecimento e suas consequências</li> <li>▶ Psicoeducação do cuidador</li> <li>▶ Principais características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência</li> <li>▶ Apresentação de programa Psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência</li> </ul>

**Apêndice 5- Sessão Formativa: Programa Psicoeducativo de  
Capacitação de Cuidadores de Idosos com Dependência**



## cuidar e Ser

### Programa Psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência

**Orientador:**  
Professora Ana Rita Costa

**Alunos:**  
Joana Vieira Nº 33155

CESPU  
Escola Superior de Saúde Vale do Ave - Integrada em Entregas de Saúde Mental e Psiquiatria  
Ave 1670 4722-2024

## Objetivos

- ▶ Refletir sobre o envelhecimento e as suas consequências
- ▶ Esclarecer a importância da Psicoeducação do cuidador
- ▶ Clarificar as principais características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos através de revisão integrativa da literatura
- ▶ Dar a conhecer um programa de capacitação de cuidadores de idosos com dependência

## Psicoeducação do cuidador informal



O profissional de saúde ao capacitar o cuidador colabora para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que podem facilitar o desempenho do papel promovendo assim, um cuidador menos desgastante e melhor planeado (Bicalho et al. 2008).

**“A melhor ajuda para o paciente é ajudar o cuidador” (Burns et al., 2003)**

## Abordagens psicoeducativas têm sido eficazes no apoio a cuidadores

- Redução da sobrecarga física e emocional no cuidador
- Contributos para a pessoa cuidada
- Permite aos cuidadores aquisição de competências no cuidar
- Diminuição de recidas, diminuição de taxas e períodos de internamento
- Melhoria da qualidade de vida

## Contextualização da problemática

▶ O envelhecimento demográfico é um fenómeno de amplitude mundial, Portugal é um dos países da União Europeia com maior envelhecimento demográfico (Teixeira, et al 2017).

**Envelhecimento** → Aumento da população idosa e dependente → Aumento de Cuidadores Informais

**DEPENDÊNCIA**  
INCAPACIDADE PERDA DE AUTONOMIA  
DOENÇAS CRÓNICAS  
ENVELHECIMENTO

“...o cuidar de um familiar com dependência, ocorre de forma inesperada e para a qual o cuidador não se encontra preparado, nem tem formação” Sequeira (2010)

Os cuidadores sem formação adequada têm maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira.

Neste âmbito o enfermeiro de saúde mental tem um papel primordial na manutenção e promoção da qualidade de vida das populações idosas e dos seus cuidadores através do uso de intervenções psicoeducacionais

## Quais as características de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência?

**Janeiro de 2017 a Dezembro de 2022**

**Psychoeducation Caregivers Aged**

Medline  
CINAHL  
Pubmed  
Rcaap

**PICO**

## Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos

```

    graph TD
      A["133 estudos identificados (10 na Medline, 18 na CINAHL, 2 na Scopus e 10 na Pubmed)"] --> B["Após leitura os títulos"]
      B --> C["33 estudos selecionados (14 na Medline, 12 na CINAHL, 2 na Scopus e 5 na Pubmed)"]
      C --> D["Após leitura dos resumos"]
      D --> E["30 estudos selecionados (15 na Medline, 10 na CINAHL, 2 na Scopus e 3 na Pubmed)"]
      E --> F["Após leitura integral"]
      F --> G["4 estudos foram selecionados (1 na Medline, 1 na CINAHL e 2 na Pubmed)"]
      G --> H["Exclusão baseada em critérios, estudos de caso, não foram encontrados em português, não nos resultados que pretendemos, duplicação entre os estudos não são únicos"]
  
```

An intervention programme for caregivers of dementia patients with frontal behavioural changes: an explorative study with controlled effect on sense of competence  
Gossink, F. et al 2018

Tele-Savvy: An Online Program for Dementia Caregivers  
Griffiths PC, Kovaleva M, Higgins M, Langston AH, Hepburn K. 2018

**4 estudos selecionados**

Evolution of the lived experience of caregivers with dementia after a psychoeducational group: an interpretative phenomenological analysis  
Dovi, E., Bter, J.C. & Fantini-Hauelet, C. 2020

Effect of a tailored multidimensional intervention on the care burden among family caregivers of stroke survivors: a randomised controlled trial  
Elsheikh MA, Moriyma M, Rahman MM, et al 2022

## Resultados da revisão integrativa da literatura: Modelo da estrutura de um programa psicoeducativo de capacitação de cuidadores de idosos com dependência - Principais características-

	Características de Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência
<b>Tipologia</b>	Grupos Presencial ou online Módulos flexíveis e adaptáveis à realidade do grupo
<b>Duração do programa</b>	6 semanas 6 sessões 6 sessões
<b>Periodicidade</b>	Semanal
<b>Duração de cada sessão</b>	75 minutos
<b>Metodologia</b>	Ação de partilha de experiências Treino de habilidades Modelos de resolução de problemas
<b>Métodos de avaliação</b>	Escala de sobrecarga do cuidador-Zarit Escala de depressão GDS-D Análise da implementação do programa
<b>Momentos de avaliação</b>	Após a implementação Acompanhamento 1-6 meses após término

## Cronograma das sessões

Nº de sessão	Temas abordados	Procedimento/ Atividade	Métodos
1ª	- Ser Cuidador - Aprender a identificar as carências e incertezas em relação à doença e condição da pessoa cuidada, partilha de preocupações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chegada/ saudações e apresentação do programa</li> <li>• Introdução de conceitos: cuidadores informais familiares, quem são? Por que o são? Que tarefas têm que desempenhar? Que impactos têm a tarefa na vida do cuidador?</li> <li>• Explorar as crenças do cuidador em relação à doença da pessoa cuidada, tratamentos, cuidados e progressão da situação</li> <li>• Avaliar a percepção do cuidador sobre o assunto abordado.</li> <li>• Clarificar expectativas</li> <li>• Esclarecer dúvidas que possam surgir</li> <li>• Agendar novo sessão</li> </ul>	Exposição Discussão de temas Exemplos Práticos/demonstrações



## **Apêndice 6- Plano de cuidados de utente intervencionado no estágio de internamento de agudos**

## Plano de cuidados do Sr. F.M

Foco: Cognição		
<p><b>Atividades de Diagnóstico:</b></p> <p>Avaliar a cognição através do instrumento de avaliação cognitiva MMSE- 9 pontos</p> <p>Aplicar o teste do relógio- 1 ponto</p> <p>períodos de desorientação espaço temporal no internamento</p> <p>“muitos esquecimentos” (sic)</p>		
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Cognição comprometida</p>		
<p><b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Cognição comprometida</p>		
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Manter funções cognitivas</p> <p>Diminuir períodos de desorientação</p>		
Início	<p><b>Intervenções de Enfermagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear entrevista clínica;</li> <li>• Executar entrevista clínica;</li> <li>• Gerir o ambiente;</li> <li>• Gerir comunicação;</li> <li>• Monitorizar cognição</li> <li>• Planear as sessões de estimulação cognitiva;</li> <li>• Executar intervenção Psicoterapêutica [estimulação cognitiva]               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de treino de memória;</li> <li>○ Executar técnica de orientação para a realidade;</li> <li>○ Executar terapia por reminiscências;</li> <li>○ Executar terapia da Validação</li> <li>○ Executar [treino de funções específicas – orientação, atenção e cálculo, função executiva, entre outras];</li> </ul> </li> <li>• Realizar reforço positivo.</li> <li>• Elogiar adesão ao processo terapêutico.</li> <li>• Ensinar familiar cuidador sobre técnicas de estimulação cognitiva</li> </ul>	<p>Horário</p> <p>05/09</p> <p>06/09</p> <p>3/seman a</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar questões ou declarações no sentido de encorajar a comunicação;</li> <li>• Usar o silêncio sempre que adequado;</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos e emoções:</li> <li>• Auxiliar no reconhecimento dos próprios sentimentos;</li> <li>• Encorajar o diálogo como meio de reduzir a resposta emocional;</li> <li>• Interagir com o cliente em períodos determinados como forma de transmitir confiança e/ ou oferecer oportunidade para ouvir os seus sentimentos;</li> <li>• Gerir a comunicação: <ul style="list-style-type: none"> <li>Falar calma e pausadamente;</li> <li>Utilizar postura calma e serena;</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

**Critérios de Resultado:**

- Avaliar equilíbrio de Humor segundo indicador NOC-74 pontos
- Que o cliente apresente fâcies expressivo;
- Que o cliente demonstre interesse por aquilo que o rodeia;
- Que o cliente melhore as suas capacidades para cumprir as tarefas diárias;
- Que o cliente apresente maiores níveis de energia;

**Resultados obtidos:**

Avaliado indicador NOC Equilíbrio de Humor a 28/09/2023- 74 pontos, apresenta fâcies expressiva e maior interesse sobre o que o rodeia, o que indica Humor depressivo diminuído

**Foco: Orientação**

**Atividades de Diagnóstico:**

Avaliar orientação temporal do Sr. F.M.

Avaliar orientação espacial do Sr. F.M

Avaliar orientação autopsíquica do Sr. F.M.

Avaliar orientação alopsíquica do Sr. F.M.

**Diagnóstico de Enfermagem:** Orientação Comprometida (em relação ao tempo e espaço)

Foco: Orientação		
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Orientação (Presente)		
<b>Objetivo:</b> Promover a orientação do Sr. F.M.		
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Gerir Comunicação;</li> <li>• Promover a orientação:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar objetos que orientem o Sr. F.M. (calendário e relógio);</li> <li>- Chamar o utente pelo seu nome, identificar o profissional e precisar a atividade que vai realizar;</li> <li>- Incentivar o utente a manter atividades de orientação ao longo do dia.</li> </ul> </li> <li>• Planear/executar técnica de orientação para a realidade. (dentro das sessões planeadas de estimulação cognitiva)</li> </ul>	M/ T
<b>Critérios de Resultado:</b> Avaliar orientação temporal do Sr. F.M. Avaliar orientação espacial do Sr. F.M. Avaliar orientação autopsíquica do Sr. F.M. Avaliar orientação alopsíquica do Sr. F.M.		
<b>Resultados obtidos:</b> Mantém desorientação espaço temporal (28/09/2023)		

Foco: Comportamento autodestrutivo
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>

<b>Foco: Comportamento autodestrutivo</b>		
<p>Comportamento autolesivo que motivou os familiares a levarem o Sr. F.M. ao SU Na urgência com comportamento de agressão ao próprio Segundo verbalizações do Sr. F.M na urgência: “quero-me matar” (sic)</p>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Risco de comportamento autodestrutivo		
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Risco de comportamento autodestrutivo ausente		
<b>Objetivo:</b> Eliminar risco de comportamento autolesivo		
Início	<p><b>Intervenções de Enfermagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico</li> <li>• Orientar familiar cuidador sobre medidas de prevenção</li> <li>• Executar apoio emocional</li> <li>• Executar escuta ativa</li> <li>• Focalizar os aspetos positivos/ fatores de proteção</li> <li>• Vigiar comportamento</li> <li>• Executar estratégias de gestão do comportamento autodestrutivo               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falar calmamente e num tom de voz baixo</li> <li>○ Redirecionar a atenção para focos positivos</li> </ul> </li> </ul>	M/T
<p><b>Critérios de Resultado:</b></p> <p>Que o Sr. F.M apresente um comportamento calmo Ausência de verbalizações autodestrutivas</p>		
<p><b>Resultados obtidos:</b></p> <p>18/09/023- Ausência de verbalizações autodestrutivas, comportamento calmo e adequado 28/09/2023- Ausência de verbalizações autodestrutivas, comportamento calmo e adequado</p>		

Foco: Autocuidado		
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Avaliar autocuidado segundo escala de barthel- score 90		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Autocuidado comprometido		
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Sem Autocuidado comprometido		
<b>Objetivo:</b> Estimular independência no autocuidado		
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no autocuidado</li> <li>• Supervisionar o Autocuidado</li> <li>• Ensinar familiar cuidador sobre estratégias facilitadoras do autocuidado</li> <li>• Incentivar o autocuidado: tomar banho, higiene pessoal, vestir-se/despir-se e alimentar-se;</li> </ul>	M
<b>Critérios de Resultado:</b> Avaliar autocuido segundo escala de Barthel- Score 90		
<b>Resultados obtidos:</b> 28/09/2023- Mantém escala de Barthel com score de 90, necessita de supervisão		

**Apêndice 7- Planeamento das sessões de estimulação  
cognitiva realizadas ao Sr. F.M durante o internamento**

<b>SESSÃO 0</b>	
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria	
<b>Data   Hora:</b> 06-09-2023 10h	<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos
<b>Identificação:</b> Sr.F.M.	
<b>Dinamizador:</b> enf <sup>a</sup> Joana Vieira	
<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estabelecer o primeiro contacto com Sr. F. M.</li> <li>❖ Avaliação da funcionalidade e cognição do doente, através:           <ul style="list-style-type: none"> <li>● caracterização sociodemográfica, antecedentes clínicos</li> <li>● avaliação cognitiva (MEEM e TR)</li> <li>● Avaliação da Funcionalidade (Lawton e Barthel)</li> </ul> </li> <li>❖ Apresentar o programa e verificar a vontade do SR. F.M. em participar</li> </ul>	
<b>RECURSOS MATERIAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa;</li> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Testes selecionados e escalas de parametrização</li> </ul>	

<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apresentação</li> <li>● Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gabinete;</li> <li>● Mesa;</li> <li>● Cadeiras;</li> <li>● Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gerir ambiente físico;</li> <li>● Descrever a atividade;</li> <li>● Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliação sociodemográfica</li> <li>● Avaliação da cognição</li> <li>● Avaliação de dependência</li> <li>● Avaliação da funcionalidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exploratório Interrogativo;</li> <li>● Interativo.</li> </ul>	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Papel e caneta	Recolha de dados para planeamento de atividades personalizadas e ajustadas às necessidades do utente	30 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resumo da sessão</li> <li>● Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Expositivo</li> <li>● Interativo</li> </ul>	Instrumento de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar feedback;</li> <li>● Realizar avaliação da sessão;</li> <li>● Solicitar a marcação diária no calendário</li> </ul>	5 minutos

				• Agendar próxima sessão;	
--	--	--	--	---------------------------	--

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 1</b>		
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio; - Cartões de objetos;	
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria		
<b>Data   Hora:</b> 11/09/2023 15h		<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos
<b>Identificação:</b> Sr. F.M.		
<b>Dinamizador:</b> enf <sup>a</sup> Joana Vieira		
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Técnica de orientação para a realidade;</li> </ul>		
<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular orientação;</li> <li>• Estimular a memória imediata;</li> <li>• Estimular memória remota;</li> </ul>		

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete;</li> <li>• Mesa;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de memória.</li> <li>• Treino de orientação espaço temporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relógio</li> <li>• Cartões de objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> <li>• ligar as figuras iguais.</li> </ul>	30 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com recurso a provérbios populares solicitar apoio na conclusão do provérbio e posteriormente solicitar repetição do mesmo</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	Instrumento de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Solicitar a marcação diária no calendário</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA sessão 2</b>	
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria	
<b>Data   Hora:</b> 13/09/2023 8h00	<b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos
<b>Identificação:</b> Sr.F.M.	
<b>Dinamizador:</b> enf <sup>a</sup> Joana Vieira	
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Técnica de associação;</li> <li>• Treino de funções específicas;</li> </ul>	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas e motricidade;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> <li>• Exercitar a psicomotricidade fina.</li> </ul>	
<b>RECURSOS MATERIAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produtos de Higiene (gel de banho, champô, escova de dentes, pasta de dentes, toalha,</li> <li>- Peças de vestuário do utente;</li> <li>- WC disponível;</li> <li>- Água;</li> </ul>	

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de funções executivas e motricidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> <li>• Demonstrativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wc disponível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar ao utente para identificar e nomear os produtos de higiene;</li> <li>• Solicitar ao Sr. F. para ordenar as peças de roupa por ordem em que são vestidas;</li> <li>• Solicitar ao Srº F. para participar nos cuidados de higiene;</li> </ul>	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Solicitar trabalho de casa (pintura de um jardim)</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 3</b>	
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio; - Cartões de imagens - Ordenação de tarefas.
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria	
<b>Data   Hora:</b> 14/09/2023	
<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos	
<b>Identificação:</b> Srº F.M.	
<b>Dinamizador:</b> enfª Joana Vieira	
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Técnica de associação;</li> <li>• Técnica de redução de pistas;</li> </ul>	
<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> </ul>	

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete;</li> <li>• Mesa;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de Orientação para a realidade (TOR)</li> <li>• Treino de memória.</li> <li>• Treino de funções executivas: raciocínio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Papel Caneta Cartão com seqüências de imagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> <li>• Solicitar ao Sr. F.M. que organize uma seqüência lógica igual à imagem mostrada com recurso a bolas coloridas</li> <li>• Solicitar ao SR. F.M. que ligue os pontos para completar as figuras geométricas</li> <li>• Solicitar ao Sr. F.M. para nomear alguns objetos mostrados em imagens e solicitar que retenha esses objetos, mais tarde solicitar evocação dos mesmos</li> </ul>	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	Instrumento de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 4</b>	
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio;
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria	
<b>Data   Hora:</b> 16/09 10h	
<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos	
<b>Identificação:</b> Sr. F.M.	

<b>Dinamizador:</b> Enf <sup>a</sup> Joana Vieira	
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Treino de funções executivas: cálculo</li> <li>• Técnica de redução de pistas.</li> </ul>	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> <li>• Estimular a execução a nível do cálculo, raciocínio;</li> </ul>	

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Papel e caneta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOR</li> <li>• Treino de memória.</li> <li>• Treino funções executivas</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	Cartões com imagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> <li>• Solicitar ao Sr. F.M que movimente determinadas partes do corpo segundo ordens dadas</li> <li>• Com recurso a imagens de figuras célebres e datas importantes solicitar ao Sr. F. M que as identifique e descreva as datas e o que significam</li> </ul>	30 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar ao Sr. F. M. que termine alguns provérbios enunciados</li> <li>• Solicitar cálculo com base em alguns cartões de objetos</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 5</b>		
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio; - Cartões de imagens - Lápis coloridos - Desenho colorir	
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria		
<b>Data   Hora:</b> 18/09/2023		<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos
<b>Identificação:</b> Sr <sup>o</sup> F.M.		
<b>Dinamizador:</b> enf <sup>a</sup> Joana Vieira		
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> <li>• Técnica de associação;</li> <li>• Técnica de redução de pistas;</li> </ul>		
<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> <li>• Estimular a linguagem a nível da evocação categorial.</li> </ul>		

<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete;</li> <li>• Mesa;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos

<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOR</li> <li>• Treino de memória.</li> <li>• Treino funções executivas</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	Cartões com imagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> <li>• Com recurso a imagens das vindimas solicitar ao Sr. F. M as memórias que tem das vindimas, em que mês eram realizadas, como era o cheiro, as uvas que colhiam, como era o lagar</li> <li>• Com recurso a algumas imagens solicitar que diga que objetos são e memorizar para evocar quando pedido</li> <li>• Pintar um cacho de uvas</li> </ul>	30 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 6</b>			
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio; - Jornal -Imagens de figuras célebres	
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria			
<b>Data   Hora:</b> 22/09/2023	<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos		
<b>Identificação:</b> Srº F.M.			
<b>Dinamizador:</b> enfª Joana Vieira			

<p><b>Técnicas Psicoterapêuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> <li>• Técnica de associação;</li> <li>• Técnica de redução de pistas;</li> </ul>	<p>- jogo com cartões coloridos- sequências</p>
<p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> <li>• Estimular a memória retrógrada a anterógrada</li> </ul>	

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete;</li> <li>• Mesa;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOR</li> <li>• Treino de memória.</li> <li>• Treino funções executivas</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornal</li> <li>• Relógio</li> <li>• Calendário</li> <li>• Imagens de figuras célebres</li> <li>• Jogo de sequências coloridas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> <li>• Com recurso a um jornal desportivo estimular a leitura do título de uma notícia do seu clube preferido e solicitar que comente</li> <li>• Com recurso a figuras célebres antigas solicitar que diga quem são e o que se lembra delas</li> <li>• Com recurso a um jogo de sequências coloridas solicitar que complete a sequência de acordo com a figura</li> </ul>	30 minutos

<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Agendar próxima sessão;</li> </ul>	5 minutos
------------------	---	---	--	---	-----------

<b>SESSÃO ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: sessão 7</b>	
<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Calendário; - Relógio;
<b>LOCAL:</b> internamento de Psiquiatria	
<b>Data   Hora:</b> 28/09/2023 <b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos	
<b>Identificação:</b> Sr <sup>o</sup> F.M.	
<b>Dinamizador:</b> enf <sup>a</sup> Joana Vieira	
<b>Técnicas Psicoterapêuticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de evocação;</li> <li>• Treino de Memória;</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> <li>• Técnica de redução de pistas;</li> </ul>	
<b>Objetivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o funcionamento cognitivo;</li> <li>• Estimular a concentração e atenção;</li> <li>• Estimular funções executivas;</li> <li>• Estimular o reconhecimento visual;</li> <li>• Estimular a memória</li> </ul>	

Fase	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação Descrição da Sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete;</li> <li>• Mesa;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Papel e caneta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico;</li> <li>• Descrever a atividade;</li> <li>• Motivar a participação (tema neutro).</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOR</li> <li>• Treino de memória</li> <li>• Terapia por reminiscências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploratório Interrogativo;</li> <li>• Interativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagens de objetos relativos aos bombeiros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ano; mês; dia do mês e dia da semana em calendário, identificar a estação do ano correspondente e registar as horas no relógio;</li> </ul>	20 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com recurso a imagens de objetos utilizados pelos bombeiros solicitar ao Sr. F.M que os nomeie</li> <li>• Questionar o Sr. F.M acerca dos Bombeiros de Paços de Ferreira e o seu posto ao longo de 40 anos, o que fazia, o que o marcou, experiências que teve</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação final com recurso às escalas Minimental e teste do relógio</li> <li>• Resumo da sessão Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar feedback;</li> <li>• Realizar avaliação da sessão;</li> <li>• Avaliação da cognição Segundo escalas</li> </ul>	15 minutos

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA												
AVALIAÇÃO												
IDENTIFICAÇÃO	PARTICIPAÇÃO			CONCENTRAÇÃO			ENVOLVIMENTO			DESEMPENHO		
	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO
06/09		x		x				x		x		
11/09		x			x			x			x	
13/09		x			x			x				x
14/09			x		x				x		x	
16/09		x			x			x			x	
18/09		x			x			x		x		
22/09		x			x			x			x	

28/09	X		X	X	X
OBSERVAÇÕES	<p><b>06/09/2023-</b> o Sr F.M. apresenta um défice cognitivo grave com alterações mais severas na orientação espaço temporal. Esteve colaborante durante toda a sessão, mas com atenção e concentração diminuída. Tem consciência da sua falha de memória, mas está disponível para participar no programa dizendo que “faço o que for preciso para melhorar”.</p> <p><b>11/09/2023-</b> Esteve colaborante e bem-disposto durante a sessão é notória a diminuição da memória imediata, mas preserva a memória retrógrada. Mantém desorientação espaço temporal.</p> <p><b>13/09/2023-</b> Nomeia os utensílios e objetos para a higiene pessoal, tem alguma dificuldade em ordenar a roupa, mas é autónomo</p> <p><b>14/09/2023-</b> Mantém desorientação espaço temporal, apresentou humor eutímico interagindo na sessão com motivação e boa disposição. Já não se penaliza tanto quando tem os lapsos de memória.</p> <p><b>16/09/2023-</b> Mantém desorientação espaço temporal, esteve calmo e colaborante, refere gostar das atividades. Mantém a memória retrógrada preservada, teve imensa dificuldade no exercício corporal das lateralidades e identificar partes do corpo, nomeadamente as orelhas.</p> <p><b>18/09/2023-</b> Desorientado no espaço e no tempo, estava com o humor mais distímico e referiu sentir-se aborrecido. É notória a exaustão do internamento. A memória anterógrada está bastante comprometida com dificuldade em assimilar as palavras que são sugeridas e cumprir as ordens para a tarefa. Na atividade da pintura não conseguiu desempenhar apesar do seu envolvimento.</p> <p><b>22/09/2023-</b> Desorientação no espaço e no tempo, humor eutímico. De fácil perceção o entusiasmo que sente em falar das suas memórias passadas, nomeadamente quando fala dos bombeiros e da sua atividade profissional. Memória recente comprometida apesar de estimulada. Muita dificuldade em realizar o exercício da sequência de cores, terá que ser adaptado para uma próxima sessão de modo a não causar frustração no utente. Facilidade em reconhecer figuras célebres antigas e datas importantes nomeadamente o 25 de Abril e as músicas que o simbolizam.</p> <p><b>28/09/2023-</b> Desorientação relativas ao espaço e tempo mantido. De destacar o seu entusiasmo ao falar dos bombeiros e a Alegria que demonstrou em contar algumas histórias. Apesar da memória recente estar afetada, consegue ter um discurso lógico quando fala de experiências passadas.</p>				

## **Apêndice 8- Planeamento de Sessão de estimulação cognitiva no domicílio**

## Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco: Cognição</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Avaliar a cognição através do instrumento de avaliação cognitiva MOCA 20			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Cognição comprometida			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Cognição comprometida			
<b>Objetivo:</b> Manter funções cognitivas Diminuir períodos de desorientação			
<b>Início</b>  27/11/2023	<b>Intervenções de Enfermagem</b>  Planear/ Executar intervenção Psicoterapêutica [estimulação cognitiva] <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de treino de memória;</li> <li>○ Executar técnica de orientação para a realidade;</li> <li>○ Executar [treino de funções específicas – função executiva];</li> </ul>		<b>Horário</b>  14h
<b>Crítérios de Resultado:</b> Avaliar a cognição através do instrumento de avaliação cognitiva MOCA			

## Estimulação Cognitiva

<b>Tipologia do programa</b>	Domicílio; Individual ;45 minutos;1x Semana
<b>Momentos de avaliação</b>	Início, final e follow up aos 3 meses

<b>Nº de sessão</b>	<b>Temas abordados</b>	<b>Técnica</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Potenciar a orientação para a realidade através de calendário, solicitar ao Sr. M. que circule o número do dia de hoje. No fim do dia o Sr. M. deverá fazer um “x” em cima do número (para simbolizar que o dia acabou).</li> <li>→ Solicitar ao Sr. M. que nomeie sem olhar as 5 imagens que anteriormente foram dadas em sessões anteriores para memorização</li> <li>→ Solicitar ao Sr. M. o que têm em comum alguns pares de palavras</li> <li>→ Solicitar ao Sr. M. qual a sequência de ação para: lavar a louça, ver televisão, para telefonar</li> <li>→ Solicitar ao Sr. M que continue a sequência de cores de acordo com a imagem</li> <li>→ Solicitar tarefa de casa para durante a semana               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incentivar o uso diário do calendário e relógio para promover a orientação temporal.</li> <li>➤ Incentivar o Sr. M. com a ajuda do filho a realizar exercícios de sequências lógicas fornecidos</li> </ul> </li> </ul>	<p>Técnica de orientação para a realidade,            Treino de memória</p> <p>Treino de funções específicas- funções executivas</p>

## **Apêndice 9- Planeamento de sessão de treino cognitivo em grupo**

**SESSÃO DE TREINO COGNITIVO- 22/11/2023**

<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação e descrição da Sessão	Expositivo Participativo	Sala Mesa Cadeiras	Cumprimentos iniciais Explicar programa de Intervenção e seu objetivo Averiguar disponibilidade e motivação em participar	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Terapia de orientação para a realidade  Treino de memória	Exploratório Interrogativo Interativo	Sala Mesa Cadeiras Computador Projeter Calendário Individual Cogweb	Executar terapia de orientação para a realidade com recurso a calendário individual e questionar dia do mês, dia da semana e estação do ano  Executar treino da memória com recurso a círculos de cores e imagens individuais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com os cartões voltados para baixo solicitar a cada participante individualmente a evocação da cor e das imagens que lhe foram atribuídas, recorrendo a técnica de associação e a redução de pistas</li> </ul>	45 minutos

				Executar treino de Memória através da aplicação Cogweb	
<b>Conclusão</b>	Resumo da sessão Agendamento	Expositivo Interativo	Sala Cadeira mesa	Realizar síntese da sessão Questionar dúvidas Solicitar feedback da sessão Reforçar a continuidade da estimulação cognitiva com recurso à Cogweb no domicilio diariamente Agendar próxima sessão;	5 minutos

**Apêndice 10- Plano de cuidados e planeamento das sessões-  
grupo de psicoeducação familiares da pessoa com demência**

## **Planeamento do Programa de Psicoeducação**

- Agendamento do local, dia e hora para intervenção psicoterapêutica- Psicoeducação
- Preparação adequada do ambiente
- Avaliação da pessoa com demência
- Avaliação do familiar cuidador da pessoa com demência (dados sociodemográficos, escala de sobrecarga do cuidador, CASI, CAMI)

### **Público alvo:**

- Familiar cuidador de pessoa com demência

### **CrITÉrios de Inclusão:**

- Ser cuidador principal da pessoa com demência (assumir a maioria dos cuidados)
- Saber ler e escrever
- Vontade de participar no programa
- O alvo dos cuidados ter demência em estádio inicial ou moderado (PNC major inicial a moderada)
- O alvo dos cuidados não ter mais patologias severas do foro mental associadas

### **Nº de participantes:5**

### **Objetivos:**

- Promover o papel do cuidador
- Intervir ao nível da sobrecarga e dificuldades dos familiares cuidadores
- Promover o coping e resolução de problemas do familiar cuidador

**Espaço físico:** Sala de reuniões da Unidade de Cuidados na Comunidade

**Recursos materiais:** Mesa, cadeiras, projetor, computador, manual do cuidador, vídeos

**Dinamizadores:**

Enfermeiro ESMP da UCC

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

### Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco:</b> Conhecimento
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Questionário Sociodemográfico, Escala da sobrecarga do Cuidador (ESC), Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI), índice de avaliação da satisfação do cuidador (CASI)
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b></p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [demência]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [emoções e sentimentos no cuidar]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [estratégias adaptativas das atividades de vida diária]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [estratégias adaptativas das atividades instrumentais de vida diária]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [estimulação cognitiva]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [estratégias de coping]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [técnicas de resolução de problemas e tomada de decisão]</p> <p>Défice de conhecimento do cuidador sobre [recursos na comunidade]</p>
<p><b>Resultado de Enfermagem esperado:</b></p> <p>Conhecimento adequado sobre [demência]</p> <p>Conhecimento adequado sobre [emoções e sentimentos no cuidar]</p> <p>Conhecimento adequado sobre [estratégias adaptativas das atividades de vida diária]</p> <p>Conhecimento adequado sobre [estratégias adaptativas das atividades instrumentais de vida diária]</p> <p>Conhecimento adequado sobre [estimulação cognitiva]</p> <p>Conhecimento adequado sobre [estratégias de coping]</p>

<b>Foco:</b> Conhecimento			
Conhecimento adequado sobre [técnicas de resolução de problemas e tomada de decisão] Conhecimento adequado sobre [recursos na comunidade]			
<b>Objetivo:</b> Capacitar os cuidadores para cuidar de familiar com demência			
Início 26/10/2023	<b>Intervenções de Enfermagem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Escutar o cuidador</li> <li>❖ Promover papel de cuidador</li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre o que é a demência, fases da doença, tratamento</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre importância da comunicação</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre estratégias de gestão de comunicação e comportamento</li> </ul> </li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre emoções e sentimentos associados ao cuidar</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre exigências e expectativas do papel de cuidador</li> </ul> </li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre dificuldades da pessoa com demência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária</li> </ul> </li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre importância e estratégias de estimulação cognitiva na pessoa com demência</li> </ul> </li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre estratégias de coping eficazes</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre técnicas de resolução de conflitos e tomada de decisão</li> </ul> </li> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação]           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre importância da saúde física e mental</li> <li>➤ Informar familiar cuidador sobre técnicas de relaxamento</li> </ul> </li> </ul>	26/10/2023	
		02/11/2023	
		09/11/2023	
		16/11/2023	
		23/11/2023	
		30/11/2023	

<b>Foco:</b> Conhecimento			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação] <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar sobre importância de boa gestão de relações familiares, sociais e laborais</li> <li>➤ Informar sobre recursos na comunidade</li> </ul> </li> </ul>	07/12/2023	
<b>Critérios de Resultado:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Melhorar scores nas Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC); Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI)</li> </ul>			

### Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco:</b> Papel do cuidador			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Avaliar CADI Avaliar CASI			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b>			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Papel do Cuidador presente			
<b>Objetivo:</b> Capacitar o cuidador para o seu papel			
Início  21/11/2023	<b>Intervenções de Enfermagem</b> Escutar o cuidador Identificar os recursos do cuidador Monitorizar [escalas CASI, CADI] Promover papel de cuidador Providenciar apoio emocional Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação] Planear consulta de acompanhamento	Horário  14h	

<b>Foco:</b> Papel do cuidador			
<b>Critérios de Resultado:</b> Avaliar CASI Avaliar CADI			

### Programa de psicoeducação

Nº de sessão	Temas abordados	Procedimento	Métodos
1ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Demência e suas fases.</li> <li>→ Tratamento farmacológico.</li> <li>→ Alterações comportamentais e psicológicas associadas à doença.</li> <li>→ Estratégias de gestão da comunicação.</li> <li>→ Estratégias de gestão do comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chegada/saudações e apresentação do programa</li> <li>● Adequação do espaço para o procedimento;</li> <li>● Levantamento de dificuldades em relação ao plano terapêutico instituído, fornecimento de estratégias para poder cumprir o mesmo;</li> <li>● Levantamento de principais problemas de comunicação e comportamento do familiar e fornecimento de estratégias para lidar com essa problemática;</li> <li>● Disponibilizar estas informações em suporte de papel;</li> <li>● Sugerir/incentivar como tarefa de casa o uso das mesmas estratégias;</li> <li>● Esclarecer dúvidas que possam surgir a ambos;</li> <li>● Agendar nova sessão</li> </ul>	<p>Exposição</p> <p>Discussão de temas</p> <p>Exemplos</p> <p>Práticos/demonstrações</p>
2ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequação do espaço para o procedimento;</li> <li>● Dúvidas da seção anterior, introdução à presente sessão;</li> </ul>	<p>Exposição</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Expetativas e exigências associados ao processo de cuidar;</li> <li>→ Desenvolver estratégias de coping (para lidar com o stress) eficazes;</li> <li>→ Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicar estratégias para gerir emoções e sentimentos. Associados ao Processo de cuidar;</li> <li>● Estratégias para manter a saúde mental e física;</li> <li>● Agendar nova sessão;</li> </ul>	<p>Discussão de temas</p> <p>Exercícios práticos</p>
3ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Atividades básicas e instrumentais de vida diárias</li> <li>→ Estratégias para supervisionar/ assistir a pessoa nas atividades instrumentais e básicas de vida diária</li> <li>→ Conhecimento e utilização dos recursos de saúde, da comunidade</li> <li>→ Conhecimento e utilização de dispositivos auxiliares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequação do espaço para o procedimento;</li> <li>● Dúvidas da seção anterior, introdução à presente sessão;</li> <li>● Introdução das estratégias através de vídeos explicativos</li> <li>● Treino de habilidades das atividades instrumentais e básicas de vida diária</li> <li>● Avaliar recursos existentes e informar sobre recursos da comunidade, saúde e instrumentos auxiliares</li> <li>● Agendar nova sessão;</li> </ul>	<p>Exposição</p> <p>Discussão de temas</p> <p>Treino de competências</p> <p>Exemplos práticos</p> <p>Visualização de vídeos</p>
4ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Estimulação da cognição.</li> <li>→ Gestão do ambiente.</li> <li>→ Regras de segurança</li> <li>→ Prevenção de quedas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequação do espaço para o procedimento;</li> <li>● Dúvidas da seção anterior, introdução à presente sessão;</li> <li>● Disponibilizar estas informações sobre a importância da estimulação cognitiva</li> <li>● Sugerir/incentivar como realizar exercício de estimulação da memória, raciocínio, orientação de tempo e espaço.</li> <li>● Agendar nova sessão</li> </ul>	<p>Treino de competências.</p> <p>Exemplos práticos</p> <p>Exposição</p> <p>Discussão de temas</p>
5ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identificar estratégias de coping com o familiar cuidador. Treinar o uso das estratégias de coping.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequação do espaço para o procedimento;</li> <li>● Dúvidas da seção anterior, introdução à presente sessão;</li> <li>● Aplicar estratégias de coping;</li> </ul>	<p>Exposição</p> <p>Discussão de temas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identificar os principais problemas relacionados com o papel de cuidador.</li> <li>→ Identificar situações geradoras de conflito.</li> <li>→ Identificar possíveis soluções.</li> <li>→ Estabelecer prioridades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestão de emoções face a acontecimentos stressantes;</li> <li>● Estratégias de resolução do acontecimento stressante)</li> <li>● Agendar nova sessão;</li> </ul>	Exemplos práticos
6ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Importância de manter a saúde física e mental;</li> <li>→ Identificar atividades físicas e relaxantes que o cuidador possa executar em casa;</li> <li>→ Instruir e treinar técnicas de relaxamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequação do espaço para o procedimento; Identificação de dificuldades em relação a estratégias a adotar para manutenção da saúde dos cuidadores</li> <li>● Apresentar/sugerir estratégias para a manutenção da saúde física e mental;</li> <li>● Explicar execução de exercício de relaxamento; Exemplificar/praticar exercício de relaxamento;</li> <li>● Sugerir/incentivar como tarefa de casa o uso das mesmas estratégias;</li> <li>● Esclarecer dúvidas que possam surgir a ambos;</li> <li>● Disponibilizar contactos para esclarecimento de dúvidas</li> <li>● Avaliar efeito do programa psicoeducativo com recurso a escalas pré-estabelecidas.</li> <li>● Agendar follow up aproximadamente dentro 4 meses</li> </ul>	Exposição Discussão de temas Exercícios práticos Folhetos informativos

**Apêndice 11- Plano de cuidados e plano de sessão de  
Psicoeducação ao FC no domicílio**

## Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco:</b> Conhecimento
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Questionário sociodemográfico Escala de Sobrecarga do Cuidador- score 31 Índice de avaliação das Dificuldades (CADI) Necessidade de conhecimento verbalizado pelo Familiar Cuidador sobre estratégias gerais de estimulação da cognição Necessidade de conhecimento verbalizado pelo Familiar Cuidador sobre gestão de comunicação Necessidade de conhecimento verbalizado pelo Familiar Cuidador sobre estratégias adaptativas das atividades de vida instrumentais
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Défice de conhecimento do Familiar cuidador sobre [estratégias gerais de estimulação da cognição] Défice de conhecimento do Familiar cuidador sobre [gestão de comunicação] Défice de conhecimento do Familiar cuidador sobre [estratégias adaptativas das atividades de vida instrumentais]
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> conhecimento do Familiar cuidador sobre [estratégias gerais da cognição] demonstrado conhecimento do Familiar cuidador sobre [gestão de comunicação] demonstrado conhecimento do Familiar cuidador sobre [estratégias adaptativas das atividades de vida instrumentais] demonstrado
<b>Objetivo:</b> Capacitar o Familiar Cuidador de conhecimento acerca de demência e estratégias para manter funcionalidade da esposa

<b>Foco:</b> Conhecimento			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b> Escutar o cuidador Executar intervenção psicoterapêutica [psicoeducação] <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar sobre estimulação geral da cognição</li> <li>➤ Ensinar estratégias de estimulação geral da cognição nas atividades de vida diárias</li> <li>➤ Informar sobre gestão do ambiente</li> <li>➤ Ensinar estratégias adaptativas no domicílio para manter funcionalidade da esposa</li> <li>➤ Informar sobre importância da gestão da comunicação</li> </ul> Planear consulta de acompanhamento	Horário	
06/12/2023		14h30	
<b>CrITÉrios de Resultado:</b> Melhorar scores das escalas da sobrecarga do cuidador e das dificuldades Que o Familiar cuidador demonstre conhecimento e estratégias ao cuidar da esposa			

## Sessão de Psicoeducação

**Data:** 06/12/2023. **Local:** Domicílio **Duração:** 60 minutos

Nº de sessão	Temas a abordar	Procedimento	Métodos
1ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Estratégias de estimulação da cognição</li> <li>→ Estratégias de gestão da comunicação.</li> <li>→ Estratégias adaptativas das atividades instrumentais de vida diária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chegada/saudações e apresentação do objetivo da sessão</li> <li>• Levantamento das dificuldades presentes do Cuidar da esposa;</li> <li>• Ensinar FC acerca de estratégias de estimulação da cognição da esposa- visuo espacial e memória:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Com recurso a régua com elipse contornar a elipse;</li> <li>➢ Nomear 3 objetos e solicitar evocação e retenção, ir questionando ao longo do dia, começa por banana, pão e sofá</li> <li>➢ Ensinar o Sr. M. a diariamente questionar a esposa acerca de alguns objetos da casa visíveis e pedir para nomear a cor e dizer qual a sua função</li> </ul> </li> <li>• Treinar com o FC as estratégias ensinadas anteriormente</li> <li>• Levantamento de principais problemas de comunicação e comportamento do familiar e fornecimento de estratégias para lidar com essa problemática;</li> </ul>	<p>Discussão de temas</p> <p>Exemplos</p> <p>Práticos/demonstrações</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar FC acerca de estratégias para manter autonomia funcional da esposa na cozinha (reduzir o número de utensílios na cozinha, identificar portas e gavetas mais importantes com cores, deixar balcões livres)</li><li>• Sugerir/incentivar como tarefa de casa o uso das mesmas estratégias;</li><li>• Esclarecer dúvidas;</li><li>• Agendar nova sessão</li></ul>	
--	--	--	--

**Apêndice 12- Plano de Cuidados e Plano de Intervenção  
Psicoterapêutica a utente seguida em consulta de cessação  
alcoólica**

## Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco: Uso de Álcool</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
Avaliar Uso de Álcool através de escala de Audit- Score 36			
Avaliar sinais de abstinência através de escala CIWA-Ar- 16			
Avalia motivação para o tratamento através de escala Sócrates 8D- percentil 33- ação			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Abuso de Álcool crónico			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Sem abuso de álcool			
<b>Objetivo:</b>			
Reduzir e/ou eliminar o consumo de álcool			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
15/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar entrevista motivacional</li> </ul>		
19/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear/ Executar intervenção Psicoterapêutica [Técnica de Modificação de comportamento]</li> <li>• Executar Escuta Ativa</li> <li>• Encorajar a diminuir o uso de álcool</li> <li>• Elogiar adesão ao processo terapêutico</li> <li>• Providenciar apoio emocional</li> <li>• Incentivar Cessaçãõ do uso de Álcool</li> <li>• Orientar sobre estratégias de redução/cessaçãõ do abuso de álcool</li> </ul>	12h	

<b>Foco: Uso de Álcool</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar técnicas de autocontrolo</li> </ul>		
<b>Critérios de Resultado:</b>			
Avaliar uso de Álcool através de escala de Audit			
26/01/2024 Audit- score 21; escala CIWA- Ar- 5			

<b>Foco: Conhecimento</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
Avaliar conhecimento sobre malefícios do álcool			
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento (escala do Sclinico)			
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre uso de álcool</b>			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b>			
Conhecimento sobre uso de álcool presente			
<b>Objetivo:</b>			
Promover o conhecimento sobre o uso de álcool e seus malefícios			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
19/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar sobre malefícios do álcool</li> <li>Promover estilo de vida saudável</li> <li>Ensinar sobre o uso de álcool</li> </ul>	12h	

<b>Foco: Conhecimento</b>			
<b>Critérios de Resultado:</b>			
Que a Srª F.C apresente conhecimento sobre o álcool e seus malefícios			

<b>Foco: Ansiedade</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
Avaliar Ansiedade através da aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton- score 25			
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade Presente</b>			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b>			
Ansiedade Ausente			
<b>Objetivo:</b> Reduzir/ Eliminar sintomas de ansiedade			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
19/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico.</li> <li>• Executar escuta ativa;</li> <li>• Disponibilizar presença;</li> <li>• Promover suporte emocional;</li> <li>• Encorajar o autocontrolo ansiedade;</li> <li>• Incentivar a comunicação das emoções;</li> <li>• Instruir sobre técnica de relaxamento;</li> </ul>	12h	

**Foco: Ansiedade**

**Critérios de Resultado:**

Que a Srª F.C melhore score final da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton face à avaliação inicial

26/01/2024- escala de Hamilton score 7

**Foco: Autocontrolo**

**Atividades de Diagnóstico:**

Avaliar o autocontrolo impulso (NOC)- 29

**Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo Comprometido**

**Resultado de Enfermagem esperado: Autocontrolo eficaz**

**Objetivo:**

Melhorar Autocontrolo Impulso

Início	Intervenções de Enfermagem	Horário
19/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar intervenção Psicoterapêutica [Técnica de Modificação de comportamento]</li> <li>• Executar Escuta Ativa</li> <li>• Ensinar sobre técnicas de autocontrolo</li> <li>• Apoiar na tomada de decisão</li> <li>• Treinar técnicas de autocontrolo</li> </ul>	12h

**Critérios de Resultado:**

Que a SRª F.C apresente autocontrolo impulso: álcool eficaz

<b>Foco: Autocontrolo</b>
26/01/2024 autocontrolo impulso (NOC)- score 45

<b>Entrevista Motivacional</b>	
<b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa; - Cadeiras; - Folhas e canetas para registo de informações; - Computador;
<b>Data   Hora:</b> 15/12/2023	
<b>Duração da Sessão:</b> 40 minutos	
<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	
<b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover adesão da Srª F.C. à modificação de comportamento</li> </ul>	
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistir a Srª F.C a aumentar níveis de motivação para a mudança de comportamento;</li> <li>Assistir a Sª F.C. a aumentar a volição para a mudança de comportamento;</li> <li>Assistir a Srª F.C. a aumentar o seu envolvimento no processo de mudança de comportamento;</li> </ul>	

<b>Procedimento- Entrevista Motivacional</b>	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Tema neutro</li> <li>✓ Explicitação clara sobre a Entrevista Motivacional: Definição, objetivos e aplicabilidade</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Análise do preenchimento das Escalas: Audit, Sócrates 8D, Autocontrolo Impulso, Ansiedade</li> <li>✓ Identificar condicionantes facilitadoras e inibidoras do processo de mudança;</li> <li>✓ Identificar efeitos do consumo;</li> <li>✓ Reforçar a autoeficácia da pessoa para mudar o seu comportamento atual;</li> <li>✓ Enfatizar a Liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia para a mudança;</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tarefa para casa: Diário de consumo</li> <li>✓ Síntese da Entrevista Motivacional</li> <li>✓ Agendamento da próxima sessão</li> <li>✓ Cumprimentos finais</li> </ul>

### **Técnica de Modificação de Comportamento**

<b>Tipologia do programa</b>	Consulta Externa Individual 60 minutos          1x Semana
<b>Momentos de avaliação</b>	Início, final e follow up Utilização de escalas: Audit

Sessão nº 1- Técnica de Modificação de Comportamento	
<b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>  - Mesa;  - Cadeiras;  - Folhas e canetas para registo de informações;  - Computador;
<b>Data   Hora:</b> 19/12/2023	
<b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos	
<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	
<b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a aquisição de um comportamento salutogénico face ao atual comportamento de abuso de álcool</li> </ul>	
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistir a Srª F.C a definir objetivos para a mudança de comportamento;</li> <li>Assistir a Sª F.C. a refletir sobre a importância da mudança de comportamento;</li> <li>Assistir a Srª F.C. sobre os estímulos que aumentam o seu comportamento desajustado;</li> </ul>	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Tema neutro</li> <li>✓ Identificar a importância da intervenção psicoterapêutica- Modificação do Comportamento- face ao diagnóstico de enfermagem: Abuso de Álcool</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informar sobre o número de sessões, duração, local e conteúdo das sessões;</li> <li>✓ Garantir a confidencialidade</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analisar o trabalho de casa;</li> <li>✓ Informar sobre a colaboração ativa da utente durante todo o processo;</li> <li>✓ Definir os objetivos para a mudança de comportamento;</li> <li>✓ Refletir sobre a mudança de comportamento;</li> <li>✓ Definir as regras do consume em função dos objetivos definidos;</li> </ul> <p><u>Tarefa para casa:</u> Reflexão sobre os estímulos que aumentam o comportamento desajustado</p>
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da informação recolhida</li> <li>✓ Agendamento da próxima sessão</li> <li>✓ Cumprimentos finais</li> </ul>

<b>Sessão nº 2- Técnica de Modificação de Comportamento</b>	
<b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b>
<b>Data   Hora:</b> 3/01/2024	
<b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos	
<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa;</li> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Folhas e canetas para registo de informações;</li> </ul>

<p><b>Objetivo geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a aquisição de um comportamento salutogénico face ao atual comportamento de abuso de álcool</li> </ul>	<p>- Computador;</p>
<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistir a Srª F.C a analisar as consequências de um comportamento desajustado;</li> <li>Assistir a Sª F.C. a refletir sobre os mecanismos de aprendizagem que levaram ao desenvolvimento do comportamento;</li> </ul>	
<p><b>Introdução</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Avaliar e elogiar o progresso realizado desde a última sessão;</li> <li>✓ Analisar o trabalho de casa e refletir sobre o mesmo;</li> </ul>
<p><b>Desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar o progresso desde a sessão anterior;</li> <li>✓ Encorajar a utente a avaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências;</li> <li>✓ Informar a utente de quais foram os mecanismos de aprendizagem que a levaram à aquisição do comportamento e quais os fatores que contribuem para a sua manutenção;</li> <li>✓ Analisar as reações perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento, na tentativa de evitar impulsos;</li> <li>✓ Analisar as vantagens e as desvantagens do consumo de álcool;</li> <li>✓ Negociar os objetivos que se pretende que ele atingir durante o intervalo de tempo intersessões;</li> </ul> <p><u>Tarefa para casa:</u> Reflexão sobre os estímulos que aumentam o comportamento desajustado, descrição dos horários que mais motivam a vontade de beber</p>

<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da informação recolhida</li> <li>✓ Agendamento da próxima sessão</li> <li>✓ Cumprimentos finais</li> </ul>
<b>Sessão nº 3- Técnica de Modificação de Comportamento</b>	
<b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa;</li> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Folhas e canetas para registo de informações;</li> <li>- Computador;</li> </ul>
<b>Data   Hora:</b> 12/01/2024	
<b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos	
<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	
<b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a aquisição de um comportamento salutogénico face ao atual comportamento de abuso de álcool</li> </ul>	
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover comportamento ajustado através de seleção de estratégias</li> <li>• Treinar estratégias de modificação de comportamento</li> </ul>	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Avaliar e elogiar o progresso realizado desde a última sessão;</li> <li>✓ Analisar o trabalho de casa e refletir sobre o mesmo;</li> <li>✓ Explicar os objetivos da sessão;</li> </ul>

<p><b>Desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Associar as estratégias necessárias aos comportamentos indesejáveis;</li> <li>✓ Validar a eficácia das estratégias sugeridas pela utente;</li> <li>✓ Hierarquizar as estratégias;</li> <li>✓ Discutir operacionalização das estratégias;</li> <li>✓ Treinar estratégias de modificação de comportamento;</li> <li>✓ Analisar reações perante situações imaginadas (role playing) e quais as estratégias que utilizaria em cada situação criada;</li> </ul> <p><u>Tarefa para casa:</u> Escrever numa folha a resposta às seguintes questões: “Quem é importante para mim e por quem importa eu mudar?”, “O que posso alcançar se eu mudar?”.</p>
<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da informação recolhida</li> <li>✓ Agendamento da próxima sessão</li> <li>✓ Cumprimentos finais</li> </ul>

<p><b>Sessão nº 4- Técnica de Modificação de Comportamento</b></p>	
<p><b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria</p>	<p><b>RECURSOS MATERIAIS:</b></p> <p>- Mesa;</p>
<p><b>Data   Hora:</b> 19/01/2024</p>	
<p><b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos</p>	

<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	- Cadeiras; - Folhas e canetas para registo de informações;
<b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a aquisição de um comportamento salutogénico face ao atual comportamento de abuso de álcool</li> </ul>	- Computador;
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar estratégias e análise de impasses</li> <li>• Assistir a utente a identificar fontes de positividade e lazer</li> <li>• Informar a utente acerca de recursos existentes</li> </ul>	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Avaliar e elogiar o progresso realizado desde a última sessão;</li> <li>✓ Analisar o trabalho de casa e refletir sobre o mesmo;</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assistir a utente a identificar os seus pontos positivos e reforçá-los;</li> <li>✓ Trabalhar com a utente a questão: “eu não posso porquê?” no sentido de testar as resistências da pessoa;</li> <li>✓ Analisar com a utente as atividades que gostava de fazer antes de iniciar os consumos de álcool;</li> <li>✓ Informar e analisar os recursos formais e informais;</li> <li>✓ Nomear um recurso prioritário em caso de necessidade;</li> </ul> <p><u>Tarefa para casa:</u> Refletir sobre o seu plano de recuperação a curto prazo (até uma semana) e a médio prazo (até 3 meses);</p>

<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da informação recolhida</li> <li>✓ Agendamento da próxima sessão</li> <li>✓ Cumprimentos finais</li> </ul>
<b>Sessão nº 5- Técnica de Modificação de Comportamento</b>	
<b>LOCAL:</b> Consulta externa de Psiquiatria	<b>RECURSOS MATERIAIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa;</li> <li>- Cadeiras;</li> <li>- Folhas e canetas para registo de informações;</li> <li>- Computador;</li> </ul>
<b>Data   Hora:</b> 26/01/2024	
<b>Duração da Sessão:</b> 60 minutos	
<b>Intervenientes:</b> Enfermeiro, utente	
<b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a aquisição de um comportamento salutogénico face ao atual comportamento de abuso de álcool</li> </ul>	
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar com a utente os ganhos da alteração de comportamento;</li> <li>• Elogiar o progresso</li> <li>• Elucidar a utente sobre a necessidade de manter as estratégias de modificação de comportamento treinadas</li> </ul>	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumprimento formal</li> <li>✓ Avaliar e elogiar o progresso realizado desde a última sessão;</li> <li>✓ Analisar o trabalho de casa e refletir sobre o mesmo;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Explicar os objetivos da sessão;</li></ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Elogiar o progresso e desenvolvimento das estratégias;</li><li>✓ Elogiar os esforços de autocontrolo que a utente desenvolveu;</li><li>✓ Reforçar que só conseguirá manter os ganhos se mantiver autocontrolo;</li><li>✓ Reforçar a importância de um planeamento individual das atividades a desenvolver no dia a dia;</li><li>✓ Informar sobre vigilância de saúde;</li></ul>
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Síntese da informação recolhida</li><li>✓ Aplicar as mesmas escalas da sessão inicial</li><li>✓ Agendamento do follow up</li><li>✓ Cumprimentos finais</li></ul>

## **Apêndice 13- Plano de Cuidados e Planeamento de Relação de Ajuda**

## Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco: Uso de Álcool</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> Avaliar Uso de Álcool através de escala de Audit- 4			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Sem abuso de álcool			
<b>Foco: Humor</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b> utente refere: “não ter vontade de sair de casa”, “não ter vontade de falar com as pessoas”. Apresenta fâcias triste Avaliar NOC equilíbrio de Humor- 55			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Humor depressivo			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Humor melhorado			
<b>Objetivo:</b> Melhorar o humor e aumentar a interação social			
Início 15/12/2023	<b>Intervenções de Enfermagem</b> Executar escuta ativa Encorajar utente expressão de emoções Executar relação de ajuda	Horário M	

**Foco: Humor**

**Critérios de Resultado:**

Avaliar indicador NOC equilíbrio de Humor

Nº de sessão		Procedimento	Método
0	<p>LOCAL: Gabinete de Enfermagem DURAÇÃO: 60 minutos DATA: 15/12/2023 OBJETIVOS: Estabelecer primeiro contacto com a pessoa; realizar colheita de dados; RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS): Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP; Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cumprimentos iniciais;</li> <li>● Apresentação dos intervenientes;</li> <li>● Explicação do objetivo da sessão;</li> <li>● Questionar como se sente com a abstinência de álcool;</li> <li>● Questionar sobre a motivação e interesse em identificar e resolver o seu problema;</li> <li>● Clarificar as expectativas recíprocas face ao estado do utente;</li> <li>● Conclusão /Resumo da sessão;</li> <li>● Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>● Agendamento da próxima sessão</li> </ul>	<p>Ativo Expositivo Participativo Interrogativo</p>
	<p>LOCAL: Gabinete de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cumprimentos iniciais;</li> </ul>	

<p>1</p>	<p>DURAÇÃO: 60 minutos          DATA: 22/12/2023          OBJETIVOS: Clarificar diagnóstico e esclarecimento sobre RAP;          RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS): Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP;          Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da sessão anterior;</li> <li>• Explicação do objetivo da sessão;</li> <li>• Explicar em que consiste a RAP, qual a duração e o número de sessões previstas;</li> <li>• Analisar com o utente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem humor diminuído e as situações que o desencadeiam;</li> <li>• Clarificar as implicações do humor diminuído na sua vida e dinâmica familiar;</li> <li>• Orientar sobre a importância da participação ativa da pessoa no processo de mudança;</li> <li>• Selecionar com o utente estratégias para evitar o isolamento social;</li> <li>• Resumo da sessão;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Agendamento da próxima sessão</li> </ul>	<p>Ativo          Expositivo          Participativo          Interrogativo</p>
----------	---	--	--

## **Apêndice 14- Plano de Cuidados e Planeamento de Reestruturação Cognitiva**

## Plano de Cuidados de Enfermagem

<b>Foco: Uso de Álcool</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
Avaliar Uso de Álcool através de escala de Audit- Score 27			
Avaliar sinais de abstinência através de escala CIWA-Ar- 12			
Avalia motivação para o tratamento através de escala Sócrates 8D- contemplativo			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Abuso de Álcool crónico			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Sem abuso de álcool			
<b>Objetivo:</b>			
Reduzir e/ou eliminar o consumo de álcool			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
05/01/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar Escuta Ativa</li> <li>• Providenciar apoio emocional</li> </ul>		
12/01/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear/ Executar intervenção Psicoterapêutica [Reestruturação cognitiva]</li> <li>• Encorajar a diminuir o uso de álcool</li> <li>• Incentivar Cessaçãõ do uso de Álcool</li> <li>• Orientar sobre estratégias de redução/cessaçãõ do abuso de álcool</li> </ul>	12h	
<b>Crítérios de Resultado:</b>			
Avaliar uso de Álcool através de escala de Audit			

<b>Foco: Uso de Álcool</b>
Nota: Abandonou consulta de enfermagem

<b>Foco:</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
Avaliar conhecimento sobre malefícios do álcool			
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento (escala do Sclinico)			
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre uso de álcool</b>			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Conhecimento sobre uso de álcool presente			
<b>Objetivo:</b>			
Promover o conhecimento sobre o uso de álcool e seus malefícios			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
05/01/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre malefícios do álcool</li> <li>• Promover estilo de vida saudável</li> <li>• Ensinar sobre o uso de álcool</li> </ul>	12h	
<b>Critérios de Resultado:</b>			
Que o Sr. A.V. apresente conhecimento sobre o álcool e seus malefícios			
Nota: Abandonou consulta de enfermagem			

<b>Foco: Humor</b>			
<b>Atividades de Diagnóstico:</b>			
<p>utente refere: “se deixar de consumir álcool deixa de poder ir ao café e estar com os amigos” (sic), apresenta-se triste, pois dá muito valor aos convívios sociais, “refere estar preso em casa” (sic)</p> <p>Avaliar NOC equilíbrio de Humor- 56</p>			
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Humor depressivo			
<b>Resultado de Enfermagem esperado:</b> Humor melhorado			
<b>Objetivo:</b> Melhorar o humor e aumentar a interação social			
Início	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	Horário	
05/01/2024	✓ Executar escuta ativa	M	
12/01/2024	✓ Encorajar utente expressão de emoções ✓ Executar intervenção psicoterapêutica [executar reestruturação cognitiva] ✓ Ensinar Sobre Humor Depressivo ✓ Executar Apoio Emocional ✓ Vigiar Equilíbrio do Humor		
<b>Critérios de Resultado:</b>			
<p>Avaliar indicador NOC equilíbrio de Humor</p> <p>Nota: Abandonou consulta de enfermagem</p>			

Nº de sessão		Procedimento	Método
0	<p>LOCAL: Gabinete de Enfermagem</p> <p>DURAÇÃO: 60 minutos</p> <p>DATA: 05/01/2024</p> <p>OBJETIVOS: Estabelecer primeiro contacto com a pessoa; realizar colheita de dados;</p> <p>RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS): Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP; Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> <li>- Apresentação;</li> <li>- Explicação do objetivo da sessão;</li> <li>- Avaliação do utente segundo aplicação de escalas- Audit, CIWA-Ar, Equilíbrio de Humor, conhecimento do álcool;</li> <li>- Identificar os diagnósticos de Enfermagem que retratam a necessidade de ajuda da pessoa;</li> <li>- Informar sobre a intervenção RC, qual a duração e o número de sessões previstas.</li> <li>- Negociar contrato terapêutico com o utente;</li> <li>- Clarificar os papéis dos intervenientes;</li> <li>- Orientar sobre a importância da participação ativa da pessoa no processo de mudança</li> <li>- Questionar sobre a motivação e interesse em identificar e resolver o seu problema;</li> <li>- Conclusão /Resumo da sessão;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Estabelecer a tarefa de casa - Automonitorização – diário (anotar os pensamentos que surgem quando pensa nos convívios sociais e no álcool)</li> </ul>	<p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p>

<p>1</p>	<p>LOCAL: Gabinete de Enfermagem          DURAÇÃO: 60 minutos          DATA: 12/01/2024          OBJETIVOS: Clarificar diagnóstico e esclarecimento sobre a Restruturação Cognitiva;          RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS): Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP;          Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> <li>- Resumo da sessão anterior;</li> <li>- Explicação do objetivo da sessão;</li> <li>- Quais as evidências que o pensamento automático é verdadeiro/não verdadeiro; discutir o registo de automonitorização com o utente?</li> <li>- Quais são as implicações se o pensamento for verdadeiro? O que é possível fazer para poder participar de convívios sociais sem o abuso de álcool;</li> <li>- Analisar distorções/erros cognitivos</li> <li>- Ajudar o utente a identificar os stressores (pressão dos amigos para o consumo de álcool, participação em festas, isolamento social) que podem ter contribuído para o seu estado emocional.</li> <li>- Analisar os seus sentimentos associados aos problemas/dificuldades anteriormente documentados;</li> <li>- Resumo da sessão;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Estabelecer a tarefa de casa - anotar acontecimentos positivos da sua vida</li> <li>- Agendamento da próxima sessão</li> </ul>	<p>Ativo          Expositivo          Participativo          Interrogativo</p>
----------	--	---	--