

Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessaçã
Tabágica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Cátia Fernandes Garim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Vila Nova de Famalicão, abril 2024

Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional, apresentado à Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, para obtenção do Grau de Mestre e Título de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Cátia Fernandes Garim

Trabalho realizado sob a Orientação de:
Mestre Ana Catarina Gomes de Carvalho

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Vila Nova de Famalicão, abril 2024

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Cátia Fernandes Garim com número de aluna: a33287, 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 integridade na elaboração do presente relatório. Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados. Mais afirmo que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Resumo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) possui competências em diversos domínios. A Ordem dos Enfermeiros, estabelece no seu regulamento, os conhecimentos e competências que o Enfermeiro EESMP deve deter. Neste âmbito, na sua formação académica, estes devem ser desenvolvidos de forma gradual ao longo do curso de mestrado, correspondendo os estágios de natureza profissional à consolidação dos conhecimentos e competências da área de especialidade.

O presente relatório apresenta a descrição das intervenções desenvolvidas ao longo da realização dos estágios de natureza profissional, do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, acompanhadas pela análise crítica e fundamentação teórica das mesmas, numa perspetiva do pensamento teórico-prático de enfermagem.

Para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro EESMP, foram realizados três estágios, nomeadamente nos contextos de internamento de agudos, comunidade e unidades especializadas (reabilitação psicossocial).

Ao longo deste percurso, as intervenções psicoterapêuticas emergiram como ferramentas essenciais, desempenhando um papel crucial na estruturação, organização e qualidade das intervenções do Enfermeiro EESMP. Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento de uma prática clínica distinta, característica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Este relatório detalha como uma intervenção especializada, fundamentada em constructos teóricos sólidos e no conceito de "uso do self" como instrumento terapêutico", foi útil para aliviar o sofrimento dos utentes, assim como promover um desenvolvimento pessoal/ profissional e fomentar uma prestação de cuidados de excelência.

Dando ênfase à prática especializada de enfermagem baseada na evidência científica, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o tema: "Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica (RMP)". Esta revisão abrangeu uma análise aprofundada dos benefícios do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica. Os resultados obtidos da implementação de um programa psicoterapêutico, juntamente com as conclusões da revisão integrativa da literatura, destacaram a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica.

Palavras-chave: cessação tabágica, enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, intervenções psicoterapêuticas, relação terapêutica, relaxamento muscular progressivo.

ABSTRACT

The Practitioner Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing (SNMHP) possesses skills in various domains. The Order of Nurses establishes in its regulations the knowledge and competencies that the SNMHP must possess. In this context, in their academic training, these skills must be developed gradually throughout the master's degree course, with professional internships corresponding to the consolidation of knowledge and skills in the specialty area.

This report presents the description of interventions developed during the professional internships of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, accompanied by critical analysis and theoretical foundation, from a perspective of nursing theoretical-practical thinking.

To develop common and specific skills of SNMHP, three internships were carried out, namely in acute inpatient settings, community, and specialized units (psychosocial rehabilitation).

Throughout this journey, psychotherapeutic interventions emerged as essential tools, playing a crucial role in structuring, organizing, and ensuring the quality of interventions by the SNMHP. These interventions contributed to the development of a distinctive clinical practice, characteristic of mental health and psychiatric nursing.

This report details how a specialized intervention, grounded in solid theoretical constructs and the concept of "using oneself as a therapeutic instrument," was useful in relieving patients' suffering, as well as promoting personal/professional development and fostering the provision of excellent care.

Emphasizing evidence-based specialized nursing practice, an Integrative Literature Review was conducted on the topic: "Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation in Smoking Cessation (PMR)." This review provided an in-depth analysis of the benefits of Progressive Muscle Relaxation in Smoking Cessation. The results obtained from the implementation of a psychotherapeutic program, along with the conclusions of the integrative literature review, highlighted the effectiveness of Progressive Muscle Relaxation in smoking cessation.

Keywords: smoking cessation, mental health and psychiatric nursing, psychotherapeutic interventions, therapeutic relationship, progressive muscle relaxation.

AGRADECIMENTOS

Desta extraordinária caminhada fizeram parte muitas pessoas, cada uma, com um papel essencial e decisivo. Por todas sinto uma profunda gratidão.

À Mestre Catarina Carvalho pelo apoio, incentivo, dedicação e principalmente por acreditar em mim.

Aos Mestres Bruno Santos e Luís Silva pela disponibilidade e ajuda.

Aos colegas de curso com os quais partilhei esta jornada e fizeram-me sentir que não estava sozinha.

A todos os professores que contribuíram para a minha aprendizagem, o meu desenvolvimento profissional e humano.

A todos os orientadores dos campos de estágios e restantes elementos das equipas multidisciplinares que me acolheram de braços abertos e fizeram-me sentir que era parte integrante das suas equipas.

A todas as pessoas de quem tive o privilégio de cuidar, que deram alma a esta caminhada e me fizeram sentir que tudo valeu a pena.

Aos meus colegas de trabalho e aos superiores hierárquicos que disseram que sim.

Aos meus colegas de trabalho, por me terem incentivado a iniciar esta jornada, por me terem ouvido e apoiado.

Aos meus amigos que direta ou indiretamente tiveram sempre presentes, me apoiaram e me deram colo.

À Carolina Martins pela total dedicação e por ter me ter conseguido aliviar a alma quando precisava.

À minha mãe que fez esta caminhada comigo, dia após dia, que me ouviu, me apoiou incondicionalmente.

Ao meu marido pela paciência e compreensão, pela preciosa e fundamental ajuda, sem a qual todo o processo tinha sido mais penoso.

Aos meus filhos, pela paciência e compreensão, pelas palavras, abraços e amor incondicional que tornaram tudo possível e mais leve.

Ao meu pai, que iluminou o meu caminho. “Deixei com ele” e consegui.

ABREVIATURAS

nº	Número
p.	Página

SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional do Norte
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EM	Entrevista Motivacional
EESMP	Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ESSVA	Escola Superior de Saúde do Vale do Ave
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
APA	American Psychological Association
Bpm	Batimentos por minuto
CAICT	Consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRI	Centro de Respostas Integradas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DMG	Doença Mental Grave
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECT	Eletroconvulsivoterapia
EEER	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEMC	Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgico
EESMO	Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EIPLA	Equipa de Intervenção em Problemas Ligados ao Álcool
EESMP	Especialista em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica

ESMP	Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
ESSC	Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária
ESSVA	Escola Superior de Saúde do Vale do Ave
FC	Frequência Cardíaca
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MESMP	Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
MMSE	Mini Mental State Examination
NIC	Nursing Intervention Classification
NIMH	National Institute of Mental Health
NOC	Nursing Outcomes Classification
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
SNMHP	Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing
RMP	Relaxamento Muscular Progressivo
TA	Tensão Arterial
TPC	Tarefas para Casa
UF	Unidade Funcional
USA	United States of America
USF	Unidade de Saúde Familiar

“Ver o lado bom das situações nem sempre é fácil...e não tem mal!

Lembra-te apenas de que as coisas nem sempre são tão difíceis como parecem.
Quando tu mudas a tua forma de ver o mundo, a forma do mundo também muda”.

Clare Helen Welsh (2023)

ÍNDICE

APÊNDICES.....	6
INTRODUÇÃO.....	9
PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EESMP.....	12
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	13
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	17
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	20
3.1 Estágio de natureza profissional I – Internamento de Agudos	20
3.2 Estágio de natureza profissional II – Comunidade	22
3.3 Estágio de natureza profissional III – Unidades Especializadas	24
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
4.1 Os Domínios de Competências Comuns dos enfermeiros Especialistas	25
4.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal	26
4.1.2 Domínio da Gestão de Cuidados	31
4.1.3 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	34
5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS	38
5.1 Cuidar da Pessoa em Internamento de agudos	40
5.2 Cuidar da pessoa na comunidade	61
5.3 Cuidar da pessoa em contextos especializados.....	75
5.4 Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.....	86
PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	93
1. Revisão Integrativa da Literatura: Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica.	94
2. A Prática baseada na evidência	102
2.1 Descrição do Programa a Implementar	102
2.2 Método	104
2.3 Resultados	110
2.4 Discussão.....	114
2.5 Conclusões.....	115
CONCLUSÃO	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
APÊNDICES	
Apêndice I - Clinical Pathway	
Apêndice II - Projeto “Continuar a Acreditar”	
Apêndice III - Apresentação: em PowerPoint da formação: “Critérios de Referenciação”	

- Apêndice IV - Programa de Psicoeducação “Capacitar +”
- Apêndice V - Diapositivos das sessões do Programa “Capacitar +”
- Apêndice VI - Plano de Cuidados Individualizado e Programas Psicoterapêuticos (Estimulação Cognitiva, Relação de Ajuda formal e Reestruturação Cognitiva)
- Apêndice VII - Programa: “As Emoções e Eu”
- Apêndice VIII - Marcador: “O Monstro das Cores”
- Apêndice IX - Programa de Relação de Ajuda
- Apêndice X - Programa Estimulação Cognitiva
- Apêndice XI - Programa de Relação de Ajuda e de Reestruturação Cognitiva
- Apêndice XII - Projeto Simplifica
- Apêndice XIII - Programa Estimulação Cognitiva
- Apêndice XIV - Programa Modificação de Comportamentos
- Apêndice XV - Programa Estimulação Cognitiva

ANEXOS

- Anexo I – Relaxamento por Imaginação Guiada
- Anexo II – Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Projeto “Continuar a Acreditar”	34
Quadro 2 - Resumo de Artigos por Base de Dados	96
Quadro 3 - Resumo dos Estudos da Revisão Integrativa.....	98
Quadro 4 - Programa “Relaxar para Não Fumar”	109
Quadro 5 - Resultados obtidos da aplicação do Programa ”Relaxar par Não Fumar”	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Seleção de estudos publicados que relacionam o relaxamento muscular progressivo e a cessação tabágica.....	97
---	----

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) possui competências em diversos domínios. A Ordem dos Enfermeiros, estabelece no seu regulamento, os conhecimentos e competências que o Enfermeiro EESMP deve deter. Neste âmbito, na sua formação académica, estes devem ser desenvolvidos de forma gradual ao longo do curso de mestrado, correspondendo os estágios de natureza profissional à consolidação dos conhecimentos e competências da área de especialidade.

O presente relatório apresenta a descrição das intervenções desenvolvidas ao longo da realização dos estágios de natureza profissional, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica, acompanhadas pela análise crítica e fundamentação teórica das mesmas, numa perspetiva do pensamento teórico-prático de enfermagem, procurando cumprir com as recomendações da Ordem Enfermeiros (2021) e académicas da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA).

No âmbito da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) que decorreu de outubro 2022 a abril de 2024 foi proposta a elaboração de um relatório de mestrado de natureza profissional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com vista a proporcionar o desenvolvimento destas competências, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica inclui, três estágios de natureza profissional, com a respetiva carga horário de 200 horas cada.

Estes contextos promovem a aquisição de um conhecimento e um agir assentes em saberes teóricos sólidos e saberes práticos específicos que visam a sustentar um exercício profissional consistente que tem por base um pensamento crítico e refletido.

No âmbito do curso de Mestrado, durante a componente teórica, com recurso ao método da Revisão Integrativa da Literatura foi realizado, um estudo intitulado: “Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica”, com o objetivo de avaliar o impacto do Relaxamento Muscular Progressivo na redução da vontade de fumar, na gestão da síndrome da abstinência e na prevenção de recaída no contexto da cessação tabágica.

Este relatório é composto por duas partes principais: parte I) Caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro EESMP; parte II) A prática de cuidados baseada na evidência.

A parte I é constituída por cinco capítulos. Os dois primeiros capítulos apresentam duas Teorias de Enfermagem, a Teoria das transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Estas constituíram um guia orientador neste processo de aprendizagem permitindo uma resposta adequada e ajustada às necessidades dos utentes, promovendo uma prestação de cuidados centrada no pensamento teórico-prático de enfermagem. O terceiro capítulo consiste na contextualização dos três campos de estágio: Internamento de Doentes Agudos, Comunidade e Unidades Especializadas. No quarto capítulo é realizada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro EESMP, descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2019). No quinto e último capítulo são apresentadas as atividades que permitiram o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018). Neste capítulo, uma reflexão profunda traduz o contributo da componente clínica no desenvolvimento profissional e pessoal em todo o percurso de aprendizagem.

A parte II é composta por dois capítulos. O primeiro capítulo corresponde a apresentação da revisão da literatura. O segundo capítulo apresenta o programa de Relaxamento Muscular Progressivo, criado e implementado para dar resposta à pergunta de base da revisão da literatura: “O Relaxamento Muscular Progressivo é eficaz na cessação tabágica?”, descrevendo também os resultados e conclusões do estudo.

A elaboração deste relatório teve por base o “Guia normalizador de trabalhos escritos” da ESSVA para a construção da estrutura do presente documento e a norma de American Psychological Association (APA), 7ª edição, para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. A pesquisa bibliográfica fundamentada, constituiu uma exigente, mas necessária ferramenta em toda a conceção do relatório.

A principal dificuldade, na elaboração deste relatório, relacionou-se com o desafio de conseguir transmitir de uma forma clara, objetiva e fiel toda a aprendizagem desenvolvida, sobressaindo através da escrita a realidade vivida e aprendizagem realizada.

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

Florence Nightingale é considerada a pioneira da Enfermagem Moderna. Para Nightingale a enfermagem era uma arte e uma ciência, que pressupunha um treino organizado, prático e científico. O princípio fundamental do legado de Florence Nightingale para a prática da profissão era a questão do ambiente. Os ideais referentes a esse princípio foram fundamentados na Teoria Ambientalista. (Allgood & Tomey, 2004).

Florence Nightingale acreditava que fornecer um ambiente adequado era o diferencial na recuperação dos doentes. Defendia que a enfermagem era uma prática não curativa, em que o paciente era colocado na melhor condição para a ação da natureza. (Medeiros et al., 2015)

A partir de Florence Nightingale observou-se, ao longo dos anos, uma evolução da abordagem científica na enfermagem.

Ao longo da evolução das ciências de enfermagem, em alguns momentos, foi questionado o caráter científico da enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento de várias teorias como forma de suporte para a prática de enfermagem (Santos & Nóbrega, 1996)

A utilização de teorias de enfermagem é de grande relevância no que diz respeito à fundamentação da prática, pois proporciona a valorização do corpo de conhecimento da profissão e a relação deste com a atuação do enfermeiro (Medeiros et al., 2015)

As teorias de enfermagem representam um dos elementos que compõem a linguagem específica, objetivando consolidar a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde.

Para a utilização das teorias de enfermagem, como norteadora da prática de enfermagem, é imprescindível que o enfermeiro conheça o seu desenvolvimento e intromete os conceitos de acordo com as especificidades de cada teoria (Santos & Nóbrega, 1996)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Hildegard Peplau sustentam, norteiam a prática de enfermagem no cuidado à pessoa com alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo, explora-se de forma mais detalhada, como as competências do Enfermeiro EESMP podem ser desenvolvidas com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, reconhecendo a importância do pensamento teórico de enfermagem para a prática clínica.

A Teoria das Transições de Meleis pode proporcionar uma orientação conceptual para compreender as complexidades das transições em contexto de saúde mental e como os enfermeiros EESMP podem intervir de maneira diferenciada para apoiar as pessoas no seu processo de adaptação e recuperação.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, de 1997, aponta que os indivíduos passam por transições durante a vida, e que o enfermeiro deve ser capaz de identificar esses momentos e torná-los mais saudáveis (Meleis et al., 2000).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o Enfermeiro EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do utente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Neste contexto, com base na Teoria de transições, o Enfermeiro EESMP, pode desempenhar um papel determinante no cuidado à pessoa/família que vivencia transições, assiste às mudanças e as exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação da transição e facilitando todo o processo.

No decorrer dos estágios realizados procurei sempre identificar as transições vivenciadas pelos utentes e promover o desenvolvimento de competências impulsionadoras de uma transição saudável.

A Teoria das Transições de Meleis defende que, 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, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições que ocorrem em vários aspetos de vida sejam mais saudáveis (Meleis et al., 2000).

Uma Transição, do latim *transitióne*, é a ação e o efeito de passar de um estado para outro diferente. O conceito implica uma mudança numa forma de ser ou de estar (Meleis, *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, 2010).

A Transição refere-se a uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para o outro. A transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o utente ou utentes consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994).

Neste contexto, com base nas conceções anteriores e através da exploração da estrutura de transição, Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance constituindo a transição o “foco” do quadro conceptual.

Por o processo das transições ser tão complexo e singular, estas podem ter naturezas diversas. Podem estar relacionadas com uma mudança da fase de desenvolvimento do sujeito, com alguma situação de vida, com um processo de saúde/doença, ou com questões que envolvem o seu ambiente social, político ou económico. Além disso, os padrões podem ser diversos, ou seja, as transições podem acontecer num único momento de forma simultânea ou numa sequência, estando ou não relacionadas entre si. Por fim, estas transições possuem propriedades, com os eventos e pontos críticos, a sua mudança e diferença, o espaço temporal dessa transição, a consciencialização e o empenho (Meleis et al., 2000).

Para que seja possível a compreensão 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 reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis et al., 2000).

Por fim é essencial avaliar os indicadores que mostram como o individuo responde ao processo de transição, a fim de identificar se esse processo promove a sua saúde e bem-estar ou leva a riscos e situações de vulnerabilidade (Meleis *et al.*, 2000). Desta forma, esses indicadores podem estar relacionados com a forma como o individuo que vivencia esse processo interage com as pessoas ao seu redor, como familiares e profissionais de saúde, como o individuo se sente ligado a eles, como o individuo está situado no tempo, e as estratégias de enfrentamento utilizadas nesse processo (Meleis et al., 2000).

Para avaliar os resultados neste processo é importante avaliar a forma como o individuo domina as novas habilidades e como ele reconstrói a sua identidade definindo, assim,

um processo de transição saudável. Além disso, para garantir que esses resultados sejam alcançados, o enfermeiro deve estar presente durante todo o processo e fornecer conhecimento aos indivíduos que o vivenciam e aqueles que o rodeia, promovendo saúde e bem-estar (Meleis et al., 2000).

Na continuidade de tudo o que foi apresentado anteriormente, é possível compreender que o enfermeiro é um agente facilitador, no processo de transição, neste sentido, o Enfermeiro EESMP no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel decisivo como promotor de uma transição saudável. Como o refere Zagonel (1999) as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição, a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades do utente através dessa mesma abordagem.

É por isso essencial e fundamental adotar uma verdadeira relação de ajuda, executar escuta ativa, estabelecer uma relação empática, respeitar, aceitar e compreender a pessoa aceitando os significados que atribui as suas vivências. Todas estas competências estão implícitas nas intervenções psicoterapêuticas do Enfermeiro EESMP com principal destaque para a Relação de Ajuda Formal e Escuta Ativa, dotando o Enfermeiro EESMP de ferramentas distintas para compreender e facilitar a transição.

Como o defende Collière (2003) é essencial permitir a expressão e a emersão dos conhecimentos da pessoa cuidada, pois elas são a fonte privilegiada de informação. Assim sendo, compete ao enfermeiro preparar e informar os utentes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, 2010).

Nesse âmbito mais uma vez, o Enfermeiro EESMP, ocupa uma posição privilegiada, pois, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permite mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, permitindo-lhe estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Benner (2005), aponta a função de educação e orientação como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, referindo que esta intervenção permite que o utente atinja um melhor nível de preparação para as situações de saúde.

O Enfermeiro EESMP através da prestação de cuidados psicoeducacionais, dota a pessoa com alteração da saúde mental de conhecimentos que lhe permite uma adaptação mais sustentada/informada à sua nova condição de saúde e por consequência promove uma transição saudável.

A enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ser sensível aos múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição. Este acompanhamento basear-se-á na facilitação das transições dos utentes, famílias e comunidades devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Zagonel, 1999).

Como demonstrado ao longo deste capítulo o Enfermeiro EESMP possui competências especializadas que permitem facilitar o processo de transição da pessoa cuidada, dotar a pessoa com alteração da sua saúde mental, de mecanismos que permitem viver a transição de uma forma saudável, capacitar a pessoa para a tomada de decisão e promover a reconstrução de uma nova identidade.

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

Ao longo do próximo capítulo será discutido a aplicação da Teoria da Relações Interpessoais de Peplau no cuidado à Pessoa com alterações e psiquiátricas.

Hildegard Peplau utilizou as teorias de Sullivan e Freud com base teórica para o seu modelo, tendo sido a primeira enfermeira a dar contribuições teóricas no âmbito da enfermagem psiquiátrica (Bittencourt, et al., 2018). A Teoria das Relações Interpessoais é uma teoria de enfermagem de médio alcance, publicada em 1952 no livro *Interpersonal Relations in Nursing* de Hildegard Peplau.

Na Teoria das Relações Interpessoais, Peplau realça o potencial terapêutico do relacionamento da pessoa para a pessoa e mostra que embora o enfermeiro possa administrar medicação e auxiliar em tratamentos psiquiátricos o principal modo como ele influencia diretamente no atendimento do paciente é através do uso que faz de si mesmo enquanto lida com um utente em interações individuais. A autora apresentou as fases da relação interpessoal, os papéis nas situações de enfermagem e os métodos para o estudo de enfermagem como um processo interpessoal com foco no desenvolvimento das relações entre o utente e o enfermeiro, os quais tem por base o interacionismo, a fenomenologia, o existencialismo filosófico e o humanismo (Santos & Nóbrega, 1996).

As relações interpessoais são essenciais para que os utentes e enfermeiros cresçam e se desenvolvam juntos, por isso é um processo dinâmico que deve ocorrer durante o processo de assistência de enfermagem (Peplau, 1990).

Através da sua teoria, Peplau introduziu o conceito de relação terapêutica enfermeiro/a-utente em enfermagem, o utente considerado um objeto da ação de enfermagem passou a ser visto como um parceiro no “cuidar”. As competências do Enfermeiro EESMP assentam neste princípio. Compete ao Enfermeiro EESMP, mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolver competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Cabe ao Enfermeiro EESMP estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa com alteração de saúde mental e psiquiátrica, de modo a aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No decorrer dos estágios, à medida que ia estabelecendo relações terapêuticas com os utentes, fui tomando consciência e evidenciei como o “uso de mim” se torna uma ferramenta, um instrumento determinante e influencia todo o processo de ajuda e resolução de problemas. A condição mental na qual os utentes com alteração de saúde mental se encontram conferem-lhes vulnerabilidade e fragilidade, pelo que a relação

estabelecida com o utente é a base para que este se sinta seguro e disponível para iniciar um processo de ajuda. O utente tem de se sentir parte integrante do processo, da tomada de decisão e deve ser capacitado para resolver o problema. A confiança, o respeito, a empatia, a aceitação e a compreensão são competências que o Enfermeiro EESMP deve adotar, são essenciais para estabelecer, manter uma relação terapêutica e determinantes para o seu êxito.

Peplau desenvolveu um processo de quatro fases, que tem por foco principal a relação: enfermeiro/a-utente e sustenta a relação interpessoal. As quatro fases são: orientação, identificação, exploração e resolução.

A orientação é o momento da primeira interação. É nesta primeira fase em que o Enfermeiro EESMP identifica as necessidades e informações dos pacientes sobre o problema que estão a vivenciar. Após a mesma, o Enfermeiro EESMP e os demais membros da equipa poderão orientar o utente sobre o problema. Na segunda fase: identificação, o Enfermeiro EESMP ajudará o utente a identificar as principais estratégias para atender as suas necessidades. A terceira fase: exploração, é o momento em que a relação enfermeiro/a – utente deve ser fortalecida e explorada ao máximo para se alcançar os melhores resultados, como tornar-se mais independente e fazer pleno uso dos serviços. O/A enfermeiro/a continua a ajudar o utente a satisfazer as suas necessidades e a estabelecer novas metas de vida. A quarta e a última fase, a resolução, é o momento em que os utentes gradualmente se afastam e quebram laços com aqueles que os ajudaram e se sentem capacitados para resolver os seus problemas sozinhos. Esta fase é alcançada após as demais fases terem sido completadas com sucesso (Peplau, 1990).

O desempenho de diversos subpapéis, durante as fases da Relação terapêutica, estão detalhadas na obra de Peplau, entre eles: o papel de estranho, o papel de pessoa-recurso, o papel de educador, o papel de líder, o papel substituto e papel de assessor/counseling. Todos possuem importância para a compreensão dos fenómenos de Enfermagem nas situações específicas da relação terapêutica (Pinheiro et al., 2019).

Observa-se uma significativa relação entre as fases do trabalho teórico de Peplau e o que preconiza o processo de enfermagem, pois há um continuum em ambos que enfatizam as sequências lógicas da interação terapêutica, onde são incluídas como ferramentas básicas a observação, a comunicação e registos utilizados pelo enfermeiro no desenvolver das suas ações (George, 1993).

Uma das principais competências do Enfermeiro EESMP consiste no planeamento e na execução de intervenções psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Neste seguimento, é possível estabelecer um paralelismo entre as quatro fases de Peplau e procedimentos que norteiam a execução de intervenções psicoterapêuticas: a avaliação

inicial que se baseia numa colheita de dados criteriosa, a identificação de estratégias e a sua implementação, a capacitação do utente para resolução dos seus problemas e o devolver a autonomia ao utente para que esteja preparado para o fim da relação terapêutica. Durante a implementação da intervenção psicoterapêutica também é possível, reconhecer atitudes defendidas nos seis subpapéis de Peplau.

Em conclusão, a Teoria da Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau foi revolucionária na prática da enfermagem psiquiátrica. Peplau foi a primeira enfermeira a dar contributos teóricos no âmbito da enfermagem psiquiátrica. A teoria de Peplau tem sido amplamente adotada em todo o mundo. A teoria enfatiza a importância da relação entre o enfermeiro e o utente, o que ajuda a melhorar a qualidade do cuidado prestado e a promover a recuperação do utente. Esta teoria é relevante para a prática do Enfermeiro ESMP.

Na relação interpessoal é essencial compreender o papel do enfermeiro enquanto terapeuta. O Regulamento nº 515/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018), preconiza que o enfermeiro se mobilize a si mesmo como instrumento terapêutico.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESSVA do Instituto Politécnico do Norte encontra-se estruturado em duas vertentes, o ensino teórico e o estágio, e pretende proporcionar a apropriação de saberes teóricos e práticos que reflitam um exercício profissional responsável, autónomo e de qualidade nesta área de especialização.

Os estágios são um contexto privilegiado para a aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas que dê resposta às necessidades em saúde atuais. Neste contexto, o ensino prático contempla três estágios de natureza profissional: Internamento Agudos, Comunidade e Unidades Especializadas.

Com os estágios de natureza profissional pretende-se que o estudante preste cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), numa perspetiva de trabalho autónomo e de desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados em contexto de respostas diferenciadas (Psiquiatria, Psicogeriatrics, Pedopsiquiatria, Reabilitação Psicossocial e Comportamentos Aditivos e Dependências), de acordo com o Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste capítulo, será realizada uma breve contextualização de cada estágio de natureza profissional.

3.1 Estágio de natureza profissional I – Internamento de Agudos

O estágio de natureza profissional I - Internamento de Agudos, foi realizado numa unidade de curto internamento de uma instituição de saúde da região norte de 4 de setembro de 2023 à 13 de outubro de 2023 com uma carga horária de um total de 200 horas, com supervisão do docente da instituição de ensino e orientação de uma Enfermeira EESMP no contexto de prática clínica.

O Instituto da região norte, que integra o Internamento de Agudos, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), na área da saúde mental. Esta instituição dedica-se à prevenção, promoção e proteção da saúde, através da prestação de cuidados preventivos e curativos, de preferência, em psiquiatria e saúde mental, reabilitação física e cuidados paliativos. Desenvolve a sua ação em pedopsiquiatria, psiquiatria, psicogeriatrics, debilidade intelectual, dependências e reabilitação (psicossocial, residencial e formação profissional). Presta serviços de internamento (curta, media e longa duração), reabilitação (unidade de treino de autonomia e unidades de vida apoiada), ambulatório (consultas externas e unidade de tratamento da depressão – eletroconvulsivoterapia, perfusão de antidepressivos, entre outros) e

comunitário (consultas, formação e integração profissional, unidade socio ocupacional, equipa de apoio domiciliário em psiquiatria, equipa de apoio domiciliário para pessoas com demência/cuidadores e equipa de promoção da saúde mental de crianças/jovens, pais e comunidade educativa, em meio escolar). Ao nível ambulatório destacam-se as consultas externas na área da pedopsiquiatria e psicologia da infância e adolescência.

A unidade de curto internamento, é constituída por duas unidades interligadas. A subunidade A e a subunidade B, que tem por objetivo prestar cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiatria a pessoas adultas em situação de doença mental aguda. A subunidade A, contempla uma ala separada, na qual é realizado tratamento para desabitação de substâncias.

Os utentes são referenciados por diversas entidades e subsistemas, instituições parceiras, por hospitais de referência da região norte e pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

A subunidade A é constituída por 33 camas de internamento (particulares e convencionadas). Das 33 camas, 15 são reservadas para utentes do sexo feminino, 6 para utentes de sexo masculino para tratamento de doença aguda e 9 para utentes em tratamento para desabitação de drogas.

Utentes do sexo feminino, transitam da unidade A para unidade B quando o quadro clínico exige maior tempo de internamento ou aguardam intervenção do serviço social ou ainda vaga em unidade de reabilitação ou de longo internamento na mesma instituição.

A subunidade B tem uma lotação de 33 camas (particulares e convencionadas). Os utentes são do sexo feminino, apresentam quadros de doença mental grave aos quais podem estar associados quadros de debilidade mental ou quadros demenciais. As condições clínicas destas utentes requerem uma abordagem específica e especializada, através de um acompanhamento próximo nas atividades de vida diária e nas atividades ocupacionais lúdicas e de lazer promotoras da preservação da autonomia.

Utentes da subunidade B transitam para unidades de longa duração ou de reabilitação da mesma instituição quando não apresentam condições de alta e reúnem critérios de internamento de longa duração.

A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar que presta e assegura cuidados diferenciados as duas subunidades. A equipa multidisciplinar é composta por 7 Médicos Psiquiatras, 20 Enfermeiros, 17 Ajudantes de Enfermaria, 3 Psicólogas, 2 assistentes sociais, 2 Animadoras Sociais, 1 Professor de Educação Física, e 1 elemento da equipa de Pastoral de Saúde.

A equipa de enfermagem é formada por 20 enfermeiros (5 Enfermeiros com o título de Enfermeiro EESMP): 1 enfermeiro chefe que assume funções de gestão e supervisão, 18 enfermeiros que exercem cuidados gerais 24h por dia e 1 Enfermeiro EESMP que desempenha funções no âmbito da especialidade.

A Enfermeira EESMP após a avaliação inicial do utente, a identificação das necessidades dos utentes, a elaboração de um plano de intervenção individualizado executa as intervenções psicoterapêuticas nomeadamente: Relação de Ajuda Formal, a Reestruturação Cognitiva, Estimulação Cognitiva, a Intervenção em Crise, a Entrevista Motivacional, Relaxamento e Psicoeducação. A Enfermeira EESMP realiza formação à equipa multidisciplinar no âmbito da saúde mental. Constitui uma referência não só para os utentes, mas também para toda a equipa multidisciplinar.

3.2 Estágio de natureza profissional II – Comunidade

O estágio de natureza profissional II - Comunidade, foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração de Saúde do Norte (ARS Norte, IP) de 2 de novembro de 2023 a 7 de dezembro de 2023 com uma carga horária de um total de 200 horas e supervisão do docente da instituição de ensino e orientação de uma Enfermeira EESMP no contexto de estágio.

A UCC é uma das Unidades funcionais (UF) de um ACES da Região Norte. A sua atividade desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, em cooperação com todas as UF do ACES, onde está inserida, mais concretamente com as UF do Concelho ao qual pertence.

A UCC intervém no âmbito comunitário numa lógica de base populacional da área geográfica do respetivo concelho. A UCC presta cuidados tendo em conta os indicadores contratualizados para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais concretamente para as UCC.

A UCC tem como missão “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)” (Dec. Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro, art.º 3).

Esta UCC abrange um total de 43802 utentes residentes nas 33 freguesias no concelho na qual está inserida. É composta por uma equipa multidisciplinar: 1 médica, 18 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 assistentes técnicas e 3 assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem é constituída por 2 Enfermeiros EESMO, 3 Enfermeiros EER, 2 Enfermeiros EESMP, 2 Enfermeiros EESC e 1 Enfermeiro EEMC e 7 Enfermeiros Generalistas.

A UCC funciona de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00.

O serviço prestado pela UCC tem por base uma Carteira de Serviços da qual fazem parte diferentes programas e projetos: Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; Projeto de Massagem Infantil; Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Saúde da Mulher; Programa Nacional para a Saúde Mental; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Projeto de reabilitação de ambulatório a crianças, jovens e adultos com patologia respiratória; Programa de Reabilitação Respiratória em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (EXpiRA+); Projeto Apoio e Capacitação dos Cuidadores a utentes em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Projeto “menos pressão mais prevenção” dirigido a utentes em ECCI; Projeto “Felizmente Mamã” dirigido a grávidas; Projeto “SabiaMente Pais” dirigido a grupos de Pais/Cuidadores/Jovens.

No âmbito da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, foi possível verificar que as Enfermeiras EESMP desenvolvem grande parte da sua atividade na operacionalização do Programa Nacional de Saúde Escolar. Ainda não existe uma contratualização de base, carteira de serviços, que contemple indicadores para a área de saúde mental. A equipa destina a suas horas de trabalho mediante os programas de saúde que respondem a indicadores contratualizados. Observou-se por parte das Enfermeiras EESMP a preocupação em integrar programas e desenvolver projetos relacionados com a área da especialidade.

Uma das Enfermeiras EESMP integra a consulta multidisciplinar de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), na qual realiza avaliação do estado mental do utente, executa relação de ajuda, escuta ativa, treino para autocontrolo de impulso, modificação do comportamento assim como intervenções psicossociais dirigidas à pessoa de referência/família através da realização de visitas domiciliárias.

No âmbito da saúde escolar as Enfermeiras EESMP procuram colocar a saúde mental como tronco basilar da intervenção precoce, tendo implementado programas de competências socioemocionais. Em parceria com a câmara municipal da área, desenvolve-se um projeto de intervenção na área de saúde mental na Parentalidade, “SabiaMente Pais”, aplicando o programa de “Parentalidade Positiva Mais Família Mais Jovem”, dirigido a grupos de pais/cuidadores de crianças/jovens e desenvolve-se a aplicação do Programa Psicoeducativo: “Cuidar de Quem Cuida” dirigido a grupos de cuidadores informais. Está também implementado o projeto “Felizmente Mamã”, que promove a saúde mental perinatal e o projeto da UCC Expira+.

3.3 Estágio de natureza profissional III – Unidades Especializadas

O estágio de natureza profissional III -Unidades Especializadas, foi realizado numa Unidade de médio/longo internamento inserida num Instituto de Saúde Mental da Região Norte (apresentada no subcapítulo 3.1) do dia 11 de dezembro de 2023 à 26 de janeiro de 2024 com uma carga horária de um total de 200 horas, com supervisão da docente da instituição de Ensino e orientação de uma Enfermeira ESMP na prática clínica.

Esta unidade é uma unidade de médio/longo internamento. As vagas são 63, utentes, todas do sexo feminino, provenientes de várias regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da Saúde Mental e Psiquiatria (Psicose esquizofrénica, Perturbação da Personalidade entre outras). A idade das utentes encontra-se entre os 21 e os 73 anos.

A equipa multidisciplinar é composta por 12 enfermeiros de cuidados gerais (4 Enfermeiros com o título de Enfermeiro EESMP), 1 Enfermeiro EESMP e 1 Enfermeiro Chefe, 14 Auxiliares, 1 Animadora Sociocultural, 1 Ajudante de Ocupação, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Médicos Psiquiatras, 1 Médico de Medicina Interna, 3 Psicólogas, 2 Assistentes Sociais, 1 Fisioterapeuta, 1 Professor de Educação Física, 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Assistente Espiritual.

As ações da equipa multidisciplinar visam promover a saúde e o bem-estar de cada utente, adotando uma perspetiva holística da pessoa atuando nas suas necessidades individuais para experienciar sentimentos de qualidade de vida.

A atuação da Enfermeira EESMP consiste na dinamização e gestão de reuniões multidisciplinares, reuniões comunitárias, reuniões multidisciplinares com a família, em realizar atendimentos individuais nos quais executa principalmente relação de ajuda e reestruturação cognitiva, atendimento familiar presencial e desenvolve o projeto “Fora da Caixa”, que promove o treino de autonomia e saídas ao exterior.

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

A complexidade dos conhecimentos, a exigência da prática levou a uma diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem, sendo o desenvolvimento e certificação de competências de extrema importância para corresponder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Um enfermeiro especialista é aquele que procura o seu desenvolvimento de forma constante, sustentada pela atualização dos seus conhecimentos e competências. Todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialização, possuem competências comuns que se aplicam em todos os contextos independentemente do nível de cuidados de saúde.

4.1 Os Domínios de Competências Comuns dos enfermeiros Especialistas

As competências comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As “competências comuns”: são as 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista são os seguintes: Responsabilidade Profissional ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos subcapítulos seguintes serão analisados os domínios das competências comuns no contexto do desempenho do Enfermeiro EESMP na prestação de cuidados à pessoa

com alteração de saúde mental e psiquiátrica, com exceção do domínio “Melhoria contínua da qualidade” (conforme orientação dos professores).

4.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal

A Responsabilidade Profissional e Ética Legal constitui um dos domínios de competências comuns que ditam a prática profissional dos enfermeiros especialistas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), este domínio inclui as seguintes competências:

- Desenvolve uma prática profissional Ética Legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normais legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste capítulo, este domínio será abordado e explorado no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os padrões éticos da enfermagem assentam num conceito moral básico que consiste na preocupação com o Outro. Não basta possuir conhecimentos técnicos e científicos, “como gente que cuida de gente” o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados humanizados, deve se respeitar “a si”, de modo a cuidar do outro com respeito e dignidade.

O artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro (2005) sustenta estes pensamentos e descreve que: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro”.

A pessoa no decurso de seu projeto de vida e de saúde confronta-se com inúmeros desafios, cujo sucesso na resolução, reside nas suas capacidades de adaptação. Neste sentido encontramos cidadãos que face a problemas de saúde, percursos de vida menos contundentes, não conseguem desenvolver processos adaptativas eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As pessoas que vivem processos de sofrimento, alteração da sua saúde mental encontram-se numa situação de maior fragilidade, mais expostas e mais sujeitas a negligência, sendo fundamental a proteção da autonomia e liberdade das mesmas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o utente é um ser único e, como tal com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente pela aplicação de enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados que no momento vão contra o seu desejo. Estas

particularidades afetam a natureza da relação da enfermeiro-utente e podem colocar dilemas éticos complexos que necessitam serem sistematicamente objeto de reflexão.

Neste contexto o Enfermeiro EESMP terá de demonstrar um exercício seguro profissional e ético com recurso a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica assim como procurar ações que considera adequadas à resolução de dilemas éticos com base em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético. Deste modo, o Enfermeiro EESMP deverá demonstrar uma tomada de decisão, eticamente adaptada à pessoa com alteração mental. A tomada decisão pressupõe um suporte ético e deontológico, a liderança dos processos de maior complexidade e a avaliação de processos e resultados. Assim o Enfermeiro EESMP cumpre o descritivo da competência “Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ética em Enfermagem reflete-se na qualidade dos cuidados individualizados prestados numa visão holística de cada pessoa. Os cuidados de enfermagem pressupõem princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde.

Os conceitos de dignidade humana, de respeito pelo Outro assumem na saúde mental um papel central tendo em conta o contexto de maior fragilidade, vulnerabilidade no qual se encontra a pessoa com alteração mental sujeita à discriminação, ao estigma e à exclusão.

Neste contexto o cumprimento da competência comum: “Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” assume um papel decisivo na prática do Enfermeiro EESMP.

Segundo o Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental o Enfermeiro EESMP considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A promoção da saúde mental depende de um clima social que respeite e promova os direitos humanos. Contudo, a reduzida literacia em saúde mental associada às particularidades inerentes à doença mental constitui um obstáculo na salvaguarda dos direitos humanos da pessoa com alteração mental.

As pessoas com alteração mental têm os mesmos direitos básicos, o que varia é a sua circunstância, mais vulnerável, que as incapacita para o pleno exercício dos seus direitos; o que vulnerabiliza uma pessoa ou um grupo inscreve-se no que podemos pensar como circunstância desigual (de que decorre potencialmente estigma e discriminação) e de menor capacidade para exercer realmente os seus direitos (de que decorre violência, abuso, exclusão da vida ativa da sociedade, redução de acesso e cuidados de saúde e apoio social, menos oportunidades na educação e no emprego) e menor qualidade de vida (pelo aumento de morbilidade e de morte prematura, pela redução de recursos e redes de apoio) (Nunes L. , 2014).

De encontro ao Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o Enfermeiro EESMP no exercício profissional desempenha um papel determinante no combate ao estigma e à exclusão social das pessoas com perturbação ou doença mental.

Entre os elementos importantes face a esse combate destacam-se os seguintes: A capacitação da comunidade e família para o respeito e integração da pessoa diferente; O desenvolvimento de estratégias promotoras da inclusão ativa de pessoas com problemas de saúde mental na sociedade, incluindo as condições de habitação, a melhoria de acesso ao emprego, formação e oportunidades de educação (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Reconhecidas como vulneráveis, as pessoas com alteração mental veem diminuída a sua capacidade de autodeterminação, de se proteger pelo que a ideia de advogar pelo Outro assume contornos importantes (Nunes, 2014).

A competência comum: “Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” confere ao Enfermeiro EESMP a possibilidade de contrariar essa tendência. Essa competência atribui ao Enfermeiro EESMP a responsabilidade legal de proteger os direitos da pessoa com alteração da saúde mental quando esta não o pode fazer, garantir o respeito pela dignidade humana e assegurar a proteção dos direitos humanos tendo em conta o contexto de vulnerabilidade, estigmatização e incapacidade.

Como demonstrado anteriormente a responsabilidade profissional e ética legal norteia e orienta a prática profissional dos enfermeiros, sendo enfermeiros de cuidados gerais ou enfermeiros especialistas. O Enfermeiro EESMP no contexto do exercício profissional será levado a tomar decisões que podem influenciar a qualidade de vida da pessoa com alteração mental pelo que é de extrema importância o conhecimento dos princípios éticos de modo a proteger a pessoa e fundamentar a sua intervenção.

No decorrer dos estágios de natureza profissional fruto de todo o contexto particular e específico que envolve a pessoa com alteração mental, a exigência de um “agir ético” como Enfermeiro EESMP ganhou um significado diferente e exigiu uma reflexão sistemática da minha prática nesse âmbito.

Ao longo da realização dos três estágios de natureza profissional foram mobilizadas habilidades de tomada de decisão, foram realizadas avaliações sistemáticas da prática e tido em conta a preferência do utente. No entanto, após a realização dos estágios, considerei que o contexto pode influenciar a forma como são utilizadas as habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e justifica dificuldades na tomada de decisão.

No contexto do estágio de internamento de agudos, o contexto da doença mental aguda no qual se encontra a pessoa, compromete a sua capacidade de tomada de decisão. Ao longo do estágio I foi possível observar que a fragilidade mental inerente ao processo de doença pode estar relacionada com a perda de funções executivas diminuindo a capacidade da pessoa em usar de forma adequada as suas habilidades de tomada de decisão.

Procurei através da mobilização de “mim mesma” como instrumento terapêutico, com recurso às intervenções psicoterapêuticas orientar e devolver à pessoa a sua autodeterminação. Por princípio, procurei que o processo fosse transitório e que no mesmo a pessoa recuperasse as suas competências decisórias.

Em função da experiência vivenciada durante este estágio considera-se que o Enfermeiro EESMP tem um papel de orientador do processo terapêutico. Numa fase inicial, diante das limitações transitórias decorrente da doença aguda, o Enfermeiro EESMP pode ter de tomar decisões pela pessoa. No entanto deve procurar que sejam tomadas pelo próprio ou ajudar a melhorar as funções executivas, que lhe permita a recuperação da capacidade de tomada de decisão.

De forma semelhante, a reflexão, sobre os aspetos éticos, foi realizada no contexto da unidade especializada, de internamento de médio ou longa duração, na qual foi realizado o estágio III. As pessoas internadas apresentavam doença mental grave com maior prevalência de esquizofrenia e perturbação da personalidade. Esta unidade é uma unidade de reabilitação psicossocial, na qual se prevê que as pessoas possam ultrapassar as suas limitações causadas pela doença mental, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades.

No entanto, ao longo do estágio III, com base na experiência vivenciada *in locus*, na reflexão com os Enfermeiros EESMP da unidade considera-se que um diagnóstico tardio, a falta de uma intervenção primária/comunitária especializada, a falta de literacia em saúde mental da família/população em geral, constituem fatores que atrasam a reabilitação psicossocial e a capacidade de tomada de decisão.

Assim sendo, devido a uma intervenção tardia, é frequente que no momento da integração nestas unidades a pessoa apresente comprometimentos cognitivos resultantes da doença mental, sequelas irreversíveis ou comprometimento das funções executivas, que podem comprometer a sua autodeterminação.

Ao contrário do que foi possível observar no estágio I, estas limitações não são, na maioria, casos transitórios, obrigando o Enfermeiro EESMP a adaptar a sua prática profissional ética e legal ao contexto específico.

Face a esta realidade o Enfermeiro EESMP, no contexto da sua intervenção especializada, pode ser levado a substituir a pessoa na tomada de decisões. Esta prática deve ser sempre aplicada com base no conhecimento ético-deontológico, salvaguardando os direitos humanos e a dignidade humana da pessoa. É de referir que os direitos das utentes são salvaguardados pelo regime do “maior acompanhado” (Decreto-Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto). Neste contexto, o acompanhante integra e é envolvido no plano de cuidados. Assim sendo, quando são tomadas decisões, o acompanhante deve ser envolvido. Este contexto, implica que haja uma articulação regular com o mesmo. Consciente do caráter legal e obrigatório, na realização dos estágios, o envolvimento da família foi sempre uma preocupação na intervenção especializada, tendo sempre por princípios a autodeterminação da pessoa e o princípio da beneficência, independentemente de a pessoa beneficiar do regime de “maior acompanhado”. O Enfermeiro EESMP deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético que protege e respeita os direitos humanos.

No decorrer dos três estágios “Garantir práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” constituiu uma prioridade e norteou a minha prática.

A responsabilidade do Enfermeiro EESMP é respeitar a dignidade do utente e proteger os seus direitos, zelando pela qualidade e a segurança dos cuidados (Nunes, 2014). O conceito de garantir os direitos humanos da pessoa esteve sempre presente na prestação de cuidados nos três estágios no entanto com uma carga e um significado diferente mediante as experiências vivenciadas. O conceito de “direitos humanos “da pessoa com doença mental grave, ganhou um significado próprio ao longo do estágio na unidade de reabilitação psicossocial resultante de uma profunda reflexão. As pessoas internadas veem, de alguma forma, por consequência da doença mental grave e das sequelas decorrentes das mesmas, os seus direitos humanos comprometidos. Refiro-me ao direito de liberdade, de autonomia, de decisão, de ter uma família, um emprego, uma vida ativa na sociedade, entre outros.

A liberdade das pessoas internadas está “condicionada” às limitações da doença e ao espaço no qual se inserem. O Enfermeiro EESMP deve conhecer pormenorizadamente

os direitos das pessoas com doença mental, por forma a advogar o respeito pelos mesmos.

O conceito de “direitos humanos”, de “dignidade humana”, de “respeito pelo outro”, assumem na doença mental contornos diferentes, conferindo à responsabilidade ética e legal uma maior importância.

Para finalizar esta reflexão, não quero deixar de fazer referência a um dos maiores flagelos que afeta a pessoa com doença mental, comprometendo a sua dignidade: o estigma/ a discriminação. No decorrer do estágio, ouvi o relato, de uma utente com transtorno bipolar, em fase estável, autónoma e à procura de emprego, que após entrevista de emprego, foi informada que seria contratada. No entanto, aquando da formalização burocrática do contrato, foi questionada sobre os 80% de incapacidade descrita no “atestado multiusos”. Após utente revelar que apresentava transtorno bipolar, foi informada que não iria ser contratada.

Infelizmente a situação descrita não é uma situação isolada. Este testemunho levou-me a refletir que, por mais documentos ou normas que promovam a garantia dos “direitos humanos”, há ainda um longo caminho a percorrer e é urgente aumentar a literacia em saúde mental na nossa sociedade.

4.1.2 Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem constitui uma ferramenta determinante para atingir qualidade, eficiência e eficácia, nos cuidados de saúde.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2019) a gestão de cuidados constitui um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, orienta o exercício profissional dos enfermeiros especialistas e integra as competências seguintes:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados.

Por consequência é possível concluir que os enfermeiros especialistas deverão ser detentores de competências para a gestão de cuidados de enfermagem.

Esta competência assume uma importância acrescida tendo em conta o contexto atual do setor da saúde.

O setor da saúde vivencia, crescentes dificuldades relacionadas com a qualidade, os custos e o acesso. Nesta circunstância é importante promover abordagens que assegurem o desenvolvimento de melhores práticas clínicas centradas nas necessidades dos utentes assim como desenvolver processos de governação clínica

que contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e a otimização de recursos que visem a gestão eficiente e o aumento de produtividade e um melhor desempenho.

Nos três contextos onde realizei os meus estágios, foi possível reconhecer ao Enfermeiro esta competência, verificou-se a preocupação por parte do Enfermeiro EESMP em otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde e a capacidade de adaptar os recursos às necessidades de modo a garantir a qualidade e a melhoria dos cuidados.

Mais concretamente no contexto do estágio em internamento de agudos foi possível pôr em prática esta competência. Após alguns dias em estágio, entendidas as dinâmicas e as características da unidade, foi possível em conjunto com a Enfermeira EESMP da unidade identificar uma área passiva de melhoria com base na otimização das respostas em enfermagem.

A instituição em questão desenvolve a sua ação, em várias áreas, sendo uma delas no âmbito das dependências, mais especificamente no âmbito da desabilitação alcoólica, uma das principais áreas de intervenção. A subunidade A, unidade de internamento de curta duração destinada a desabilitação na área dos comportamentos aditivos e dependências que atua mediante os critérios que o ICAD definiu para as unidades de desabilitação. Os utentes que integram a desabilitação alcoólica, habitualmente são referenciados por via do SNS ou a título particular, podendo o internamento oscilar entre 10 e 21 dias.

Atualmente, só os utentes encaminhados pelo Centro de Respostas Integradas (CRI), no momento da alta é que voltam a ter acompanhamento, os restantes utentes voltam à comunidade sem seguimento especializado. Neste contexto, verifica-se uma falta na continuidade dos cuidados no pós-alta uma vez que não é realizada qualquer articulação com os profissionais de saúde de referência, pondo em causa um acompanhamento personalizado e ajustado às necessidades identificadas do utente/família.

Considerando a prevenção da recaída um desafio, podemos concluir que os utentes com comportamentos aditivos e dependências após alta de um internamento em Unidade de Desabilitação beneficiarão da continuidade de cuidados. Assim é importante que no momento da alta esteja garantido um acompanhamento mais próximo e personalizado dos utentes, assegurando a continuidade ao longo de todos os níveis de cuidados e por sua vez auxiliando na redução da fragmentação dos cuidados.

Nesse contexto, após a alta seria uma mais-valia garantir ao utente um acompanhamento específico, na comunidade por uma equipa multidisciplinar de Problemas Ligadas ao Álcool com o principal objetivo a prevenção de recaída, uma vez

que a mesma integra o programa de intervenção breve preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS).

De acordo com a pesquisa bibliográfica, a prevenção de recaída é uma etapa processual decisiva para manutenção dos ganhos obtidos no internamento. Deste modo, considerou-se uma mais-valia a implementação de um projeto de forma a permitir a prevenção de recaída. Assim sendo foi desenvolvido o projeto “Continuar a Acreditar”, que assegura a continuidade de cuidados pós-alta através de uma parceria com recursos da comunidade: os cuidados de saúde primários.

É importante referir que este projeto surgiu de uma necessidade identificada no campo de estágio, mas também emergiu de uma forma lógica na continuidade e na complementaridade da Clinical Pathway criada no âmbito de um trabalho da disciplina de gestão.

A Clinical Pathway é uma ferramenta de gestão multidisciplinar que tem por base a prática baseada em evidências para o grupo específico de utente com um curso clínico previsível, em que as intervenções dos profissionais envolvidos no cuidado ao utente são definidas, otimizadas e sequenciadas no tempo. A Clinical Pathway apresenta linhas de atuação para cada profissional, profissionais estes, especialistas e devidamente formados para o envolvente operacional na qual exercem autonomia e controlo de processos (Mintzberg, 2004). Esta permite prever e visualizar com precisão as diversas etapas do processo e melhorar a logística e o processo de planeamento dos cuidados necessários para aquele diagnóstico.

Com base na urgência de intervenção com resultados, na problemática do álcool foi criada, no âmbito da disciplina de gestão uma Clinical Pathway: “EIPLA” (Equipa de Intervenção de nos Problemas Ligados ao Álcool) com o objetivo de alcançar resultados de valor para o utente com PLA. No centro da Clinical Pathway: EIPLA (apêndice 1) surge uma equipa multidisciplinar de intervenção nos PLA. Desta equipa emerge respostas inovadoras no âmbito da intervenção especializada ao utente com PLA e consolida/reforça a articulação com respostas já existentes.

Assim sendo, a instituição em questão foi integrada na Clinical Pathway, elaborado o projeto “Continuar a Acreditar” (apêndice 2), que constitui mais um meio de obter ganhos em saúde no âmbito dos PLA.

O projeto “Continuar a Acreditar”, como já foi referido anteriormente, garante a continuidade do acompanhamento e a prevenção da recaída pós alta, do utente com PLA. No quadro abaixo serão apresentados sucintamente, os objetivos com respetivos indicadores, metas e atividades.

Projeto “Continuar a Acreditar”		
Objetivo Geral: Implementar o projeto “Continuar a acreditar” aos utentes com alta do internamento por desabitação alcoólica.		
Objetivos Operacionais	Indicadores	Meta
1 - Aplicar o projeto “Continuar a acreditar” aos utentes que cumpram os critérios de inclusão.	% de pessoas internadas que cumpram os critérios de inclusão.	75% dos casos integram cumprem o projeto.
2 - Avaliar se o utente foi alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular.	% de pessoas abrangidas pelo projeto que foram alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular.	75 % de pessoas abrangidos pelo projeto que foram alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar PLA ou psiquiatra particular.
3 - Garantir a melhoria continua da qualidade do projeto.	% das reuniões em serviço planeadas, realizadas à equipa multidisciplinar da unidade.	100% das reuniões em serviço planeadas foram realizadas
Objetivo Operacional 1: Aplicar o projeto “Continuar a acreditar” aos utentes que cumpram os critérios de inclusão.		
Atividades:		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar reunião com administração para apresentação e validação do projeto “Continuar a Acreditar”; Realizar reunião com equipa de enfermagem da unidade para divulgação do projeto “Continuar a Acreditar”; Realizar reunião com profissionais da consulta de PLA para divulgação do projeto “Continuar a Acreditar”; Referenciar os utentes abrangidos pelo projeto “Continuar a acreditar” para consulta de PLA ou psiquiatria 		
Objetivo Operacional 2: Avaliar se o utente foi alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular.		
Atividade:		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a consulta de <i>follow up</i> de enfermagem. 		
Objetivo Operacional 3: Garantir a melhoria continua da qualidade do projeto” Continuar a Acreditar”.		
Atividades:		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões com profissionais da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular -para avaliar e definir estratégias de melhoria e qualidade. 		

Quadro 1 - Projeto “Continuar a Acreditar”

Em conclusão, a Clinical Pathway: EIPLA com integração da instituição em questão e com a implementação do projeto “Continuar a acreditar” ficou mais completa e traduz uma rede de intervenção e de resposta especializada aumentando a probabilidade de alcançar ganhos em saúde para os utentes com PLA.

4.1.3 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Código Deontológico dos enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

O domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais integra as seguintes competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica.

O enfermeiro especialista no âmbito das suas competências deverá promover um autoconhecimento proativo baseado em padrões de qualidade.

Os três estágios constituíram a oportunidade privilegiada para aplicar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo do ensino letivo. Ao longo dos estágios, desenvolvi a teoria especializada aprendida, aprofundei e assimilei os conceitos/modelos teóricos adquiridos. A base teórica orientou e estruturou a minha prática profissional. Os estágios permitiram a validação dos conhecimentos e foram o palco de uma constante aprendizagem, realizada através da consulta e compreensão de documentos, protocolos, procedimentos, normas e projetos implementados nas unidades.

A cultura da partilha de informação e saberes, da discussão de casos, da expressão de ideias e opiniões distintas desenvolvida com o/a Enfermeiro EESMP orientador/a e praticada pelas equipas multidisciplinares representaram ótimas oportunidades de aprendizagem. Toda esta aprendizagem inspiradora resultou num aumento da confiança e da segurança na prestação de cuidados.

Na enfermagem a inteligência cognitiva e a perícia técnica, não são suficientes para uma atividade profissional em que as relações interpessoais são o cerne da prática de cuidados. É necessário desenvolver determinadas capacidades como a assertividade, o espírito de interajuda e saber estar (Goleman, 2012).

É fundamental que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro de forma a maximizar os ganhos em saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em enfermagem de saúde mental a relação terapêutica é central no processo de cuidar, pois o restabelecimento do equilíbrio do utente em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2018).

É na expressão consciente das qualidades pessoais e profissionais do enfermeiro que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios (Chalifour, 2018)

O perfil do profissional, os conhecimentos técnicos e científicos, a par com a atitude, a sensibilidade, a empatia, o respeito, a congruência e o interesse pela pessoa, bem como o estabelecer da relação terapêutica são, de facto, uma base importante para o sucesso

da adesão ao tratamento e recuperação da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2021). O Enfermeiro EESMP é detentor de um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (Ordem dos enfermeiros, 2021).

O Enfermeiro 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, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Os estágios constituíram uma extraordinária oportunidade de aprendizagem e autoconhecimento durante os quais tomei consciência de mim enquanto instrumento terapêutico, senti e testemunhei a importância da relação terapêutica na dinâmica do cuidar da pessoa com alteração da saúde mental. O “uso de si” como instrumento terapêutico é na minha opinião uma das ferramentas mais poderosas do Enfermeiro EESMP. O “uso de si” exige um rigoroso conhecimento de si como pessoa e um domínio de características pessoais. Neste sentido, ao longo deste processo considero que a consciência de mim, as práticas reflexivas constantes contribuíram para um crescimento pessoal e profissional.

Ao longo da prática, também foi possível reconhecer a importância, o impacto da comunicação na relação terapêutica. Senti o quanto uma comunicação assertiva eficaz facilita a relação terapêutica com o utente, a relação entre a equipa multidisciplinar e os utentes, mas também a colaboração e a cooperação entre os membros da equipa multidisciplinar promovendo um ambiente de trabalho saudável e eficiente.

Ao longo dos estágios com base em conhecimento técnico e teórico aprendi a estabelecer uma relação terapêutica eficaz, promotora da melhoria da prestação de cuidados ao utente com alteração mental. No entanto, é importante referir que da aprendizagem também emergiram dificuldades sentidas face as particularidades das pessoas com doença mental. Como já foi aqui referido na relação terapêutica têm de conviver as características pessoais do Enfermeiro EESMP e as características pessoais da pessoa com doença mental. As últimas por vezes consequência da doença mental podem constituir um obstáculo à relação terapêutica sendo este o real desafio e exigindo do Enfermeiro EESMP que mobilize com eficácia os seus conhecimentos teóricos, comunicacionais e relacionais. No estágio III, numa unidade especializada, acompanhei uma utente com perturbação de personalidade. A relação terapêutica, foi inicialmente, dificultada pela mentira e manipulação, tendo sido necessário recorrer às técnicas de comunicação aprendidas assim como a características pessoais (persistência, paciência entre outros) para contornar este obstáculo. Por fim esta experiência revelou-

se uma real aprendizagem que me ensinou estratégias e abordagens que poderei adotar no futuro.

No estágio I, de internamento de agudos tive a oportunidade de atualizar os meus conhecimentos sobre eletroconvulsivoterapia (ECT) e assistir a sessões de ECT. Nas aulas de neuropsicopatologia foi abordado o tema, no estágio foi possível aumentar o grau de conhecimento através de pesquisa bibliográfica, do relato médico e do relato de enfermagem que integram o programa. A ECT é uma terapêutica indolor (sob efeito de anestesia geral) e pode ser indicada no tratamento de determinadas doenças psiquiátricas, nomeadamente perturbação bipolar, esquizofrenia entre outras. A ECT é prescrita pelo médico psiquiatra e consiste na aplicação controlada de uma corrente elétrica com recurso a dois elétrodos colocados em pontos específicos, induzindo uma crise convulsiva com a duração aproximadamente de 30 a 60 segundos enquanto a pessoa se encontra anestesiada (inconsciente). Esta experiência foi muito interessante porque permitiu perceber a dinâmica do tratamento, perceber o procedimento e desconstruir o meu preconceito relacionado com esta prática.

O Enfermeiro EESMP é descrito como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação e baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica (ordem dos enfermeiros, 2019).

No estágio II, na comunidade foi desenvolvida a prática baseada na evidência. O estudo “O efeito do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica” foi aplicado a utentes que integram uma Consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica (CAICT). A referenciação para esta consulta deve respeitar critérios de referenciação definidos pela DGS. No entanto a enfermeira responsável pela consulta refere que 40% dos utentes não respeitaram os critérios de referenciação. Assim sendo 40 % dos utentes não apresentam critérios para integrar a CAICT, ocupando vagas de uma forma indevida. A enfermeira responsável refere que estes utentes têm critérios de intervenção breve. Mediante esta situação foi identificada a necessidade de realizar uma formação à equipa multidisciplinar de uma das USF referenciadoras sobre Intervenção Breve e Critérios de Referenciação para a CAICT. A formação em serviço foi realizada no dia 17 de novembro de 2023, estavam presentes 13 formandos (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) e teve uma duração de uma hora. A formação consistiu numa apresentação em PowerPoint (apêndice 3) e na apresentação do vídeo “O Rosto de quem acreditou”. A experiência foi ótima, os formandos demonstraram-se recetivos e participativos. No fim da formação foi aplicado um questionário de avaliação da formação, com 12 perguntas. A média obtida das 12 perguntas foi de 4,7 (em 5).

Todo o processo de aprendizagem na área da saúde mental e psiquiátrica é inspirador, desafiante e tem contribuído para um crescimento profissional e pessoal.

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

A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apta para dar contributos à sua comunidade (OMS, 2014).

Há saúde quando se verifica o desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que se insere, tendo em conta diversas variáveis tais como fatores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Há saúde mental quando a pessoa tem capacidade de estabelecer relações ajustadas com o outro, participar construtivamente com o meio e o ambiente, resolver e/ou gerir os eus próprios conflitos internos e investir em relações sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

A doença mental engloba todo o conjunto de situações que interferem no bem-estar da pessoa, causa sofrimento e pode tomar proporções altamente incapacitantes (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A doença mental é uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental. Todas as afeções que afetam o corpo podem provocar doença mental, desde que tais afeções provoquem desequilíbrios em temas de organização mental. É um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando, na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, a melhorar e recuperar a saúde ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. A Abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por um Enfermeiro EESMP, diminuindo de uma forma significativa o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do utente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos papéis contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em suma, podemos considerar que os Enfermeiros EESMP por dispor de formação especializada, de conhecimentos clínicos, por ter uma abordagem holística do cuidar, defenderem os direitos humanos, salvaguardarem a dignidade humana assumem um papel privilegiado e de destaca no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica.

No que diz respeito a participação do Enfermeiro EESMP no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do Enfermeiro EESMP visam contribuir para adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e a qualidade de vida de toda a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros criou um perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que integra juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que constitui um enquadramento regulador para certificação das competências e comunicar os cidadãos o que podem esperar.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde e psiquiátrica são, segundo o regulamento nº515/2018 da OE, as seguintes:

- 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 de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

Ao longo dos 3 estágios cuidei de vários utentes com alterações em saúde mental e psiquiátrica, com percursos e histórias de vida diferentes, diagnósticos de saúde mental distintos, com necessidades em saúde mental diferentes. Para cada um dos utentes foram desenvolvidas atividades e intervenções especializadas. Ao longo de todo esse processo fui adquirindo e integrando gradualmente as competências de Enfermeiro EESMP.

Todas as competências supracitadas guiaram a minha prática, no entanto o contexto específico de cada estágio, as experiências que tive, as oportunidades que surgiram ditaram a forma como desenvolvi cada competência.

Nos capítulos seguintes serão descritas todas atividades efetuadas e realizada uma reflexão sobre a forma como foram desenvolvidas as competências de Enfermeiro EESMP em cada contexto de estágio.

5.1 Cuidar da Pessoa em Internamento de agudos

Uma Unidade de Internamento de Doentes Agudos destina-se a internamentos de curta duração de utentes adultos que padeçam de patologia psiquiátrica e que se encontrem em fase de agudização. Os internamentos são determinados por decisão do médico psiquiatra e efetuam-se através do Serviço de Urgência e/ou da Consulta Externa de Psiquiatria, sempre que se verifique necessidade clínica e impossibilidade de tratamento ambulatorio.

Como já referido anteriormente o estágio I foi realizado num Internamento de Agudos da região norte. Após um ano letivo foi, o momento de colocar em prática os conhecimentos teóricos aprendidos.

No primeiro contacto com a unidade, fui informada sobre a dinâmica, o funcionamento e a organização do serviço, fui apresentada à equipa multidisciplinar. A Enfermeira EESMP, única enfermeira a desenvolver funções de Enfermeira Especialista foi designada como orientadora de estágio. Os primeiros dias foram dedicados a conhecer a unidade, a conhecer as utentes, a consultar e a explorar os processos. Assim iniciei o caminho da prestação de cuidados à pessoa com alteração mental e progressivamente fui desenvolvendo as competências de Enfermeiro EESMP.

Ao longo do estágio prestei cuidados especializados individualmente e em grupo. Individualmente, prestei cuidados a 3 utentes (2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino). Em grupo, a intervenção psicoterapêutica envolveu 7 utentes (todas do sexo feminino).

De seguida, será analisado em que medida prestava cuidados e desenvolvia atividades dando resposta às competências de Enfermeiro EESMP.

A primeira competência: a) “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2018) é na minha opinião uma competência essencial e determinante para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. O conhecimento do enfermeiro sobre si próprio, sobre os seus sentimentos, sobre como lidar com o sofrimento confere-lhe maior probabilidade de prestar cuidados de qualidade, pois estará mais sensível aos sinais de sofrimento e a compreender a perspetiva do outro.

Ao longo do estágio, o meu exercício profissional foi desenvolvido com base em todos os conhecimentos técnicos e científicos adquiridos, desenvolvido com base no autoconhecimento, na consciência de mim como pessoa e como profissional. Uma autorreflexão diária foi imprescindível para analisar não só a prática diária assim como analisar as emoções e os sentimentos vivenciados. Esta análise reflexiva permitiu identificar as dificuldades e limitações sentidas, as forças e os fatores protetores, mudar práticas, contribuiu para o desenvolvimento de relações interpessoais e terapêuticas eficazes e para um crescimento pessoal e profissional.

“Identifica no aqui e agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (F1.1.1) foi essencial e determinante no contexto de uma unidade de agudos na qual o contexto de doença aguda é de modo geral muito intenso. Confesso que nos primeiros dias o impacto de tantas histórias negativas, a consciência por um lado do sofrimento mental no qual se encontravam as utentes, mas também o sentir in loco que o limite entre a saúde mental e a doença mental é muito ténue obrigou-me logo a uma gestão de emoções e a um ajuste mental. No entanto os conhecimentos teóricos aprendidos, a poderosa ferramenta das intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas sustentaram a minha prática e permitiram dar resposta a esta competência de uma forma natural e mecânica e a partir daqui esta competência foi desenvolvida em todos os estágios.

No início do estágio I foi-me atribuído uma utente que acompanhei ao longo de todo o período de estágio, tendo sido um belo caminho de aprendizagem. Foi com esta utente que desenvolvi as competências “ Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si própria na relação terapêutica” (F1.1.2), “Mantem o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico “ (F1.1.3) e “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e resposta comportamentais durante o processo terapêutico mobilizando este “dar conta de si” integrativo para melhorar a relação terapêutica” (

F1.1.4). A utente apresentava um grande e profundo sofrimento mental, visível e palpável, transbordava uma energia negativa muito intensa, na primeira abordagem, o inverter esse estado parecia quase impossível, mas foi com esta primeira utente que percebi ou melhor senti a importância da consciência de mim, de definir limites, de eu ser um instrumento terapêutico. Através do uso de técnicas de comunicação, assertividade, empatia e principalmente o uso da escuta ativa foi possível criar uma relação de confiança que permitiu aliviar o ambiente, criar uma relação terapêutica, a utente aceitar a ajuda e entregar-se à intervenção.

Estas competências assumiram um significado particular na relação que estabeleci com um utente do sexo masculino internado para desabitação alcoólica que inicialmente apresentou um comportamento altamente resistente e cético. No entanto a mobilização de técnicas de comunicação (o olhar, a postura, a escuta ativa, a assertividade, a empatia, o humor) e a gestão de emoções/sentimentos face a respostas repentinas e bruscas do utente, desarmaram o utente, permitiram ultrapassar o impasse terapêutico e estabelecer uma relação terapêutica. O utente resistente transformou-se num utente receptivo à intervenção.

No contexto do internamento de agudos dei resposta a competência b) “Assiste a pessoa ao longo da sua vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os utentes encontram-se num contexto de grande vulnerabilidade, numa fase de transição saúde-doença desafiante, na qual a primeira abordagem pode ditar o sucesso de todo processo.

O impacto do primeiro contacto com o utente é determinante para a adesão do utente ao acompanhamento, para a criação de um vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança e uma relação terapêutica.

Os 3 utentes que eu acompanhei deram os 3 entrada durante o meu período de estágio.

O primeiro contacto ocorreu na primeira consulta realizada aos utentes.

No primeiro contacto os utentes foram informados dos objetivos da intervenção, esclarecidas as dúvidas, informados sobre o meu papel enquanto Enfermeiro EESMP e demonstrado disponibilidade e preocupação com o bem-estar de cada um.

No primeiro contacto com os utentes foi importante criar um ambiente calmo, seguro, tranquilo, recorri a várias técnicas de comunicação com principal destaque para a escuta ativa, empatia e assertividade. Estas técnicas foram ajustadas em função do estado mental e da postura de cada utente. Uma das utentes como referido anteriormente, estava visivelmente transtornada e alterada, pelo que necessitou de um grande suporte emocional e de escuta ativa. No caso do utente do sexo masculino, o comportamento

cético e resistente, exigiu demonstrar no âmbito da comunicação: assertividade, empatia, escuta ativa, explicação, informação e humor. Em relação a terceira utente, o primeiro contacto foi facilitado pela recetividade espontânea da utente à intervenção.

No âmbito desta competência, dei resposta às unidades competência “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo utente” (F2.1) “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do individuo e família” (F2.2).

Na primeira consulta, após o primeiro impacto, foi realizada a avaliação inicial, individualmente a cada utente. A avaliação inicial constitui a primeira etapa do processo de enfermagem, é recolhida a informação, identificadas as necessidades dos utentes a partir dos quais serão determinados os diagnósticos de enfermagem e implementadas as intervenções.

A avaliação inicial é fundamental, pois consiste ao momento em que é realizada a colheita de dados. A colheita de dados foi realizada através do método da entrevista clínica. A entrevista é um instrumento usado em todos contextos de cuidados prestados pelos Enfermeiros EESMP, que se pode definir como sendo o encontro entre duas pessoas, tendo por base uma relação interpessoal caracterizada pela confiança mútua, que acontece num contexto específico, com troca de mensagens verbais e não-verbais entre a pessoa que necessita de ajuda e o enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2021).

A entrevista clínica procura fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica, criando o clima necessário para que possa haver um sentimento de confiança, expectativas positivas de ajuda, se estabeleça um vínculo afetivo que dissipe os medos e se criem as condições para o tratamento tenha sucesso (Cordioli, 2005).

No caso dos 3 utentes foi proporcionado ambientes agradáveis, calmos e seguros.

A entrevista é um momento crucial, pois constitui um momento privilegiado para criar um ambiente de interação, com o principal objetivo de recolher informações precisas e amplas que permitem orientar o pensamento para a caracterização de um problema e para um diagnóstico de enfermagem (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na entrevista clínica foi realizada a anamnese, o exame do estado mental e o exame físico de cada utente. Através de uma comunicação assertiva, empática procurou-se sempre criar um clima terapêutico, de confiança e de compreensão, colocar a pessoa à vontade, de modo a diminuir a ansiedade inicial. Demonstrou-se disponibilidade, interesse para desenvolver uma aliança terapêutica. Todo este ambiente foi determinante e contribuiu para a partilha por parte dos utentes de dados e de informação relevante. Procurou-se sempre dar espaço e tempo aos utentes para eles responder às perguntas colocadas, para se entregarem e para partilharem o máximo de informação.

As entrevistas, foram momentos privilegiados, de uma extrema riqueza, pois tudo foi importante desde um gesto, de uma expressão, de uma reação, de palavras, foram a oportunidade de conhecer os utentes, de estabelecer a relação terapêutica, de recolher informação determinante para a intervenção e permitiram desenvolver a unidade de competência “avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (F2.2.3). Nas entrevistas identificou-se a forma como cada utente lidava com o problema de saúde mental, a perceção da pessoa sobre o impacto deste em si e na sua família, os mecanismos utilizados, as dificuldades encontradas e o sofrimento associado e assim foi dada resposta a unidade de competência “executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” (F2.2.2).

No decorrer da entrevista à primeira utente, foi percecionado, um palpável e perturbador sofrimento emocional. A utente apresentava e manifestava uma imensa tristeza que era visível e sentida, o discurso era derrotista, parecia carregar um peso e nada parecia poder aliviar o sofrimento descrito. Todo este contexto exigiu recorrer a habilidades comunicacionais e humanas que permitissem aliviar a carga emocional que emanava. Por isso, foi necessário promover um ambiente calmo, sereno, uma comunicação centrada na relação de ajuda que permitisse que a utente aceitasse a ajuda disponibilizada de modo a aceitar transmitir informação relevante e transmitir o que sentia. No decorrer da entrevista foi perceptível que gradualmente a utente se entregou. A partilha da informação foi muito rica. Os dados, o comportamento, as emoções, as perceções partilhadas foram cruciais para entender o problema da utente, a sua perceção e no decorrer da entrevista os focos de enfermagem emergiram. No fim da entrevista a utente apresentava-se mais calma, emitiu por várias vezes sorrisos. A mudança de comportamento era perceptível a olho nu, a utente parecia ligeiramente mais leve e manifestava receptividade para a intervenção, no entanto continuava a referir não acreditar que fosse possível melhorar. Assim, o caminho de ajuda a percorrer parecia desafiante. Após a entrevista clínica, a recolha de dados a análise dos dados parecia evidente que a utente iria beneficiar de uma intervenção especializada e tornou-se perceptível o tipo de intervenção psicoterapêutica a executar.

No caso do utente do sexo masculino, a primeira consulta constituiu um desafio. Na primeira abordagem o utente apresentava-se sério, hostil, na defensiva e verborreico tendo sido necessário demonstrar atenção, inteira disponibilidade e recorrer a técnicas de comunicação como à assertividade, à empatia, à escuta ativa e principalmente ao humor para conseguir alterar o ambiente. O utente monopolizou grande parte da conversa não tendo sido possível realizar a avaliação inicial estruturada como planeado, não obstante, a informação transmitida foi muito rica e permitiu recolher dados

importantes, avaliar o impacto do problema de saúde mental na vida do utente e na família. No fim da consulta o utente estava desarmado e recetivo à intervenção. Na consulta seguinte, o utente apresentava-se menos verborreico, foi possível realizar a entrevista clínica estruturada, anamnese, exame do estado mental e exame física.

A entrevista clínica à terceira utente decorreu sem qualquer dificuldade. A utente apresentava-se recetiva à intervenção pelo que a recolha de dados foi produtiva. Na entrevista foi iniciada a relação terapêutica.

Ao longo do estágio, desenvolvi a competência 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”.

Após a entrevista clínica e a colheita de dados foram analisados os dados, “identificados os problemas e as necessidades específicas da pessoa no âmbito da saúde mental” (F3.1.1), “avaliado o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de *stress* e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar” (F3.1.2) “avaliado o potencial de abuso, negligencia e risco para o próprio e os outros nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e as famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros” (F3.1.8) e “aplicado sistemas de taxonomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos enfermeiros”(F3.1.9), de modo a dar resposta a unidade de competência “estabelece o diagnostico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (F3.1).

O sistema de taxonomia estandardizado escolhido para elaboração de diagnósticos de saúde mental foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A utilização de uma linguagem comum para descrever os elementos do processo de enfermagem promove uma abordagem sistemática de cuidado ao utente e permite descrever a prática de enfermagem de um modo preciso e rigoroso (Escalada-Hernández et al., 2015). A CIPE estabeleceu-se como um passo fulcral para a adoção de uma linguagem mais uniformizada por parte dos enfermeiros, nomeadamente na definição diagnostica e na identificação das intervenções que dão resposta às necessidades dos utentes.

Para além da CIPE, foram utilizadas outras taxonomias: a NIC (Nursing Intervention Classification) (Butcher et al., 2018) e a NOC (Nursing Outcomes Classification) (Moorhead et al., 2020).

Em relação à primeira utente, após a avaliação dos dados da entrevista clínica, identificados os problemas e necessidades no âmbito da saúde mental, aplicados

instrumentos de avaliação diagnóstica, foram elaborados diagnósticos de enfermagem. Os instrumentos de avaliação diagnóstica aplicados foram:

- Escala de Depressão de Hamilton (Santos, 2021)
- NOC Vontade de Viver
- NOC Autocontrolo: Ansiedade
- Escala de avaliação da Cognição Mini Mental State Examination (MMSE) (Guerreiro et al., 1994)
- Teste do Relógio (Sunderland, et al., 1989)
- Índice de Barthel (Araújo et al., 2007)

Os diagnósticos identificados foram:

- Humor Depressivo, presença
- Ideação Suicida, presença
- Autocontrolo: Ansiedade Comprometida
- Cognição Comprometida

Como já foi referido anteriormente a utente encontrava-se extremamente fragilizada, manifestava sofrimento profundo, sentia-se inútil para o mundo e principalmente para a família e manifestava vontade de morrer. Este contexto tinha repercussões graves e desestabilizadoras no âmbito familiar, constituía situação de grande *stress* e sofrimento para o marido e os filhos. Neste caso a família, era um fator protetor pois era estruturada, equilibrada e totalmente disponível para ajudar. A família constituiu um aliado decisivo no processo terapêutico tendo sido integrada e envolvida no plano de cuidados individualizado. Com a autorização da utente e a sua presença foram realizados, na preparação para a alta 3 atendimentos com o marido e os filhos. Esta abordagem foi determinante, pois permitiu a compreensão informada do estado da utente, da sua evolução e das suas necessidades assim como permitiu o ensino de estratégias a adotar no pós-alta.

A utente, apesar de apresentar ideação suicida, não foram identificados riscos de suicídio ou comportamentos autodestrutivos no contexto do internamento. Ao longo do acompanhamento foram avaliados o humor e os comportamentos da utente, disponibilizado suporte emocional e promovida a partilha de emoções e sentimentos. Procurou-se demonstrar compreensão e empatia. A intervenção psicoterapêutica foi a abordagem escolhida para diminuir o risco para o próprio relativo ao suicídio. À medida que foram implementadas intervenções psicoterapêuticas foi verificada alteração do humor da utente, alteração do discurso de sofrimento profundo, no fim do acompanhamento o humor apresentava-se estabilizado e a ideação suicida ausente.

No caso do utente de sexo masculino, internado por desabituação alcoólica, foi realizada entrevista clínica, recolhidos os dados, aplicados os instrumentos de avaliação:

- NOC Autocontrolo: Risco do Uso de Álcool
- NOC Autocontrolo: Impulso.

O diagnóstico identificado foi:

- Abuso de álcool, presença.

O acompanhamento a este utente apresentou limitações, a inicial postura resistente do utente já aqui referida e o tempo curto de internamento, não tendo sido possível realizar uma intervenção especializada como necessária e expectável.

O utente apresentava consciência do seu problema e das suas necessidades, consciência do impacto devastador que o seu problema representava para a sua família, apontava como motivo para internamento para desabitação alcoólica a crise no seu casamento que se encontrava em risco. A motivação era externa e não interna.

A abordagem foi centrada na consciencialização para a necessidade de mudança de comportamento, tendo sido utilizadas a escuta ativa, a empatia e a entrevista motivacional para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência à mudança.

No caso da terceira utente, foram recolhidos os dados na entrevista clínica, analisados, aplicados os instrumentos de avaliação:

- Escala de Depressão de Hamilton
- NOC Vontade de Viver
- NOC Autocontrolo: Ansiedade

Os diagnósticos elaborados foram:

- Humor Depressivo, presença
- Ideação Suicida, presença
- Autocontrolo: Ansiedade Comprometida

O acompanhamento desta utente, constituiu um desafio pela forma surpreendente de como evoluiu. A entrevista clínica não levantou qualquer suspeita, a partir desta foram elaborados os diagnósticos e implementado um plano de cuidados individualizado e intervenções psicoterapêuticas. No entanto, no decorrer das sessões, foram surgindo sinais de possível manipulação, incoerências no discurso, uma evolução favorável rápida e repentina, não compatível com estado emocional descrito pela utente inicialmente. Neste contexto, procurou-se identificar os reais problemas e necessidades da utente que aparentemente estariam relacionados com dificuldades financeiras e não ter onde viver após prisão do companheiro.

Para dar resposta a unidade de competência c) “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente com base nos diagnósticos de

enfermagem e resultados esperados” (F3.4) foram elaborados para cada utente um plano de cuidados individualizado (foi escolhido 1 para colocar em apêndice).

Neste estágio, os planos de cuidados individualizados elaborados para os 3 utentes, foram centrados na pessoa com doença aguda, elaborados em função das características individuais de cada utente, respeitando e aceitando as crenças e as tomadas de decisão de cada um. Foram desenvolvidos, planeados e negociados com os utentes com base numa tomada de decisão partilhada. Dos diagnósticos elaborados emergiram intervenções especializadas de modo a obter os resultados esperados.

A implementação das intervenções definidas no plano cuidados teve como objetivo ajudar os 3 utentes acompanhados a atingir o estado mental desejado e a promover uma transição saúde-doença saudável. Neste seguimento foi desenvolvida a competência d) “presta cuidados psicoterapêuticos, socio 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”.

No âmbito desta competência, procurei através da relação terapêutica estabelecida com o utente, promover a expressão de emoções e sentimentos, promover a modificação de comportamentos de acordo com as necessidades identificadas e os objetivos de cada utente assim como procurei promover a aquisição de estratégias para a resolução de problemas e para a aceitação do estado de saúde de cada.

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem pode ser definida de acordo com os seus intervenientes e objetivo, “intervenção terapêutica em Enfermagem é entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2021). A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem é definida como sendo uma intervenção que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios (Sampaio et al., 2014):

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP;
- Ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si;

- O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze;
- Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;
- O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição previa de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

No decorrer do estágio foi dada resposta a unidade de competência “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (F4.1).

Fundamentada pelo regulamento nº129/2011 da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental), a psicoeducação é uma intervenção de enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamentos, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se veem obrigados a lidar a doença (Sampaio, 2011).

No âmbito deste estágio foi elaborado e implementado um programa de psicoeducação com a finalidade de “promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais” (F4.1.3).

A partir da necessidade identificada de dotar utentes de informação e conhecimentos acerca dos problemas foi elaborado por mim e por duas colegas do mestrado, o programa de psicoeducação: Capacitar + (apêndice 4) dirigido a um grupo de 7 utentes de sexo feminino internadas na unidade.

O programa de Psicoeducação foi implementado para responder aos diagnósticos:

- Gestão do regime terapêutico, ineficaz;
- Insónia
- Ansiedade e autocontrolo de ansiedade comprometido;
- Processo de Pensamento Distorcido;
- Humor depressivo, presença.

Como requisito as utentes deviam apresentar pelo menos um destes diagnósticos de enfermagem ativo.

Os instrumentos de avaliação diagnostica, aplicados na avaliação inicial foram:

- Escala de Ansiedade de Hamilton;
- Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001);
- NOC sono.

O grupo escolhido era homogéneo, as problemáticas e as necessidades de educação para a saúde eram semelhantes. As sessões tinham por objetivo melhorar os conhecimentos acerca de ansiedade, higiene do sono, dos pensamentos e da adesão ao regime medicamentoso assim como promover a aquisição de competências e o desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença.

Antes de iniciar as sessões, o programa foi apresentado a cada utente e todas se demonstraram recetivas e entusiasmadas com a sua execução. Apesar do contexto da doença aguda, as utentes apresentavam um quadro psicopatológico estável necessário para integrar o programa. A idade das utentes oscilava entre os 30 e os 74 anos. Das 7 utentes do grupo 3 utentes encontravam-se a realizar intervenção psicoterapêutica individual. Foram realizadas 3 sessões. Os temas abordados foram “Aprender a Pensar...”, “Ansiedade” e a “A Saúde Mental....o Caminho...” (ver apêndice 5). Na segunda sessão foi executado Relaxamento por Imaginação Guiada (anexo 1).

Esta técnica foi escolhida com o objetivo de proporcionar um momento de tranquilidade em grupo, provocar sensações agradáveis e de relaxe.

O Relaxamento por Imaginação Guiada é desenvolvido através de imagens mentais e atributos sensoriais que são utilizados de forma intencional pela pessoa, sendo estes resultados da sua imaginação ou memória para atingir o efeito terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020).

As sessões incluíram dinâmicas/ quebra-gelo para promover a coesão grupal, apresentação de diapositivos e apresentação de um vídeo.

As utentes demonstraram-se sempre recetivas e participativas respondendo às perguntas colocadas e participando em todas as dinâmicas propostas. As utentes consideraram as sessões interessantes e realçaram que estas permitiram esclarecer dúvidas e adquirirem conhecimentos e estratégias úteis para uma compreensão informada da doença.

Na segunda sessão com o objetivo de dar a conhecer o Relaxamento como intervenção terapêutica para alívio do *stress* foi realizado relaxamento por imaginação guiada. Este tinha como objetivo proporcionar às utentes um momento de bem-estar com sensações agradáveis e ensinar que através do relaxamento é possível auto relaxar-se e reproduzir o método em situações de *stress*.

O relaxamento pode ser definido com um estado de consciência, através do qual se obtêm, sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de *stress* (Payne, 2000, cit. Por Sequeira & Sampaio, 2020).

Com o Relaxamento por Imaginação Guiada pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou de memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado (Sequeira & Sampaio, 2020).

O método escolhido foi imaginação guiada com base nos sentidos, foi colocada uma música calma promotora de um ambiente sereno, as utentes foram guiadas através dos sentidos utilizando uma voz calma, suave e pausada. Com recurso aos sentidos, visão, som, cheiro, sabor, toque, temperatura e sentido cinestésico, procuramos recriar uma realidade sensorial que relaxasse às utentes. Todas as utentes com exceção da utente que eu acompanhava individualmente, relataram bem-estar e relaxamento.

Após a aquisição de conhecimentos teóricos, foi neste primeiro estágio que tive a oportunidade de colocar, pela primeira vez, em prática técnicas e intervenções especializadas adquiridas, e dar resposta à unidade de competência “desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (F4.2). Todo o processo de aprendizagem que envolveu a implementação das intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas e a utilização das técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas foi de uma extrema importância e muito gratificante, pois tornou-se evidente e claro o impacto, a eficácia, os benefícios associados à execução e utilização das mesmas.

No caso das duas utentes de sexo feminino, como já referido anteriormente, foi realizado a avaliação inicial, identificadas as necessidades das utentes, definidos os diagnósticos de enfermagem, planeadas e executadas intervenções psicoterapêuticas.

Para cada intervenção psicoterapêutica foi elaborado um programa estruturado (apêndice 6). No caso da primeira utente as intervenções psicoterapêuticas definidas foram:

- Estimulação Cognitiva
- Relação de Ajuda
- Reestruturação Cognitiva
- Psicoeducação

Os programas de Estimulação Cognitiva e Reestruturação Cognitiva integraram exercícios práticos cuja escolha teve por base os seguintes manuais:

- Manual “Juntos Criamos, Exercícios de Estimulação e Criatividade” (Associação Alzheimer Portugal, 2020);
- Manual do COGWEB-treino cognitivo online, nível 1, 2 e 3 (Neuroinova, 2020);
- Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental em Grupo Ansiedade e depressão (Linhares & Rute, 2015).

De seguida será realizado um breve enquadramento teórico de cada intervenção psicoterapêutica implementado e apresentados os resultados e o impacto de cada programa realizado à primeira utente.

A primeira intervenção psicoterapêutica executada foi a Estimulação Cognitiva. A Estimulação reveste-se de um conjunto de estratégias e técnicas cognitivas que visam inicialmente a reestruturação clínica de funções com o objetivo de minimizar os défices cognitivos manifestados. (Abreu & Tamai, 2002, citado por Sequeira & Sampaio, 2020). Este procedimento necessita de um procedimento estruturado, limitado no tempo com um objetivo bem definidos. O objetivo principal é capacitar a pessoa e a família/cuidadores para conviver, reduzir e superar os défices cognitivos proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida (Simon & Ribeiro, 2011 citados por Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim sendo, o programa de Estimulação Cognitiva foi implementado por a utente apresentar um comprometimento da cognição, um défice cognitivo ligeiro, principalmente na área da memória a curto prazo. Ao longo das 6 sessões, com o objetivo de promover a funcionalidade e a autonomia foram utilizadas várias técnicas terapia por reminiscência, treino da memória a curto prazo e treino de funções específicas. Os exercícios realizados foram escolhidos em função do défice apresentado e das áreas mais afetadas.

Ao longo das sessões a utente demonstrou-se sempre muito recetiva à realização dos exercícios propostos. Verificou-se ânimo e empenho na realização dos mesmos, destacando uma preferência no treino das habilidades construtivas. Ao longo do processo procurou-se aumentar a dificuldade, tendo a utente correspondido a essa exigência. Os temas abordados foram escolhidos em função das preferências da utente e da sua história de vida: gastronomia (cozinha, receitas), memórias de professora de ensino primária e disciplina de português.

A utente aderiu a todas as tarefas de casa com vontade e empenho e realizou-as de uma forma acertada. Verificou-se uma melhoria na execução dos exercícios, principalmente nos que diziam respeito a memória a curto prazo, tal se evidenciou nos resultados do instrumento aplicado. No fim das sessões foi solicitada a utente que escrevesse uma frase sobre a importância das sessões e ela escreveu: “que foi importante acertar os jogos e entendê-los”.

Este programa contribuiu para a melhoria do estado de saúde da utente e por consequência permitiu atingir os resultados esperados e dar resposta aos critérios de avaliação “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a saúde mental” (F4.2.3).

Para responder às necessidades da utente foi realizada a intervenção psicoterapêutica: Relação de Ajuda.

Enquanto intervenção de Enfermagem o principal objetivo da relação de ajuda é enfatizar a capacidade natural da pessoa para a auto atualização, através de uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente propício ao crescimento, no qual a pessoa possa ser autêntica, compreendida e aceite, encontrando soluções para o seu problema com os recursos ao seu alcance (Hipólito, 2010).

O programa de Relação de Ajuda foi implementado para responder aos diagnósticos de Humor depressivo, presença, Autocontrolo: Ansiedade Comprometido e Ideação Suicida, presença.

Um dos elementos-chave da relação da ajuda é a criação de uma relação terapêutica assente na aceitação do outro, o respeito, o não julgamento e o conhecimento sobre o utente. Com base nessa premissa foi estabelecida uma relação terapêutica na qual a escuta ativa e o suporte emocional foram decisivos no envolvimento da utente no processo de ajuda.

Consciente dos seus problemas, a utente demonstrou-se recetiva à ajuda, e empenhada na resolução dos problemas. Ao longo das sessões a utente aderiu com interesse nos trabalhos de casa e observou-se o ânimo e a boa disposição da utente foram melhorando de uma forma crescente. Contudo, verificou-se alguma resistência à mudança quando relacionada com alterações de hábitos do dia a dia (ajudar a filha nas tarefas de casa, a integração num centro de dia, visitar a família/amigos) e relacionada com ideias formatadas e rígidas (“Eu sou muito duro, tenho dificuldade em mudar”). No entanto ao longo das sessões observou-se a consciencialização da necessidade de mudança. A utente foi aprendendo as estratégias e foi demonstrando a capacidade de as implementar. Observou-se progressos significativos no processo terapêutico que se traduz na maior capacidade da utente em resolver os problemas de uma forma autónoma. Ao longo das sessões a utente foi verbalizando já não sentir angústia, tristeza, e aperto no peito, foi demonstrando capacidade em usar as estratégias aprendidas, mas referia estar melhor, mas ter medo de que tudo voltasse a acontecer mantendo este pensamento ativo. Porque todas as intervenções psicoterapêuticas estão interligadas e se tocam foi necessário mobilizar os conhecimentos da reestruturação cognitiva para ajudar a utente a gerir esse pensamento, alterá-lo e encontrar pensamento alternativo.

Apesar dos progressos serem evidentes e ter tradução de melhoria nos resultados dos instrumentos de avaliação aplicados, a utente mantinha ainda alguma resistência à mudança que se verificava no seu discurso e mantinha receio relacionado com a sua capacidade em implementar as estratégias no seu contexto de casa. Neste sentido,

considerou-se essencial e decisivo para que em casa a utente conseguisse implementar as estratégias e ter êxito, envolver a família, tendo sido explicado à utente os objetivos da reunião familiar. A utente concordou, deu autorização e consentimento para realização da mesma. Para preparar a alta foi marcada uma reunião com a família.

Mais do que os resultados verificados através dos instrumentos é de destacar a opinião da utente sobre os ganhos de saúde obtidos. Foi solicitado que em 2 a 3 frases a utente relatasse por escrito o que ganhou. A utente referiu: “tenho que tentar mudar uma situação má, substituindo-a por outra qualquer que seja válida. Pensar em coisas válidas e acreditar que sou capaz, para continuar a viver” (SIC).

Considera-se que este programa permitiu a melhoria do estado de saúde da utente, atingir os resultados esperados e deu resposta aos critérios de avaliação “ utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema” (F4.2.2), “ Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida” (F4.2.4) e “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que permitem ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiencias gratificantes” (F4.2.5).

O programa de Reestruturação cognitiva foi implementado para responder aos diagnósticos de Humor depressivo, presença, Autocontrolo: Ansiedade Comprometido e Ideação Suicida, presença. e é composto por 6 sessões.

A reestruturação cognitiva assenta nos modelos cognitivistas das teorias do comportamento humano, que, na sua génese mais purista, defendem que todos o comportamento é o resultado de um processamento racional que tem por base as cognições (Sequeira & Sampaio, 2020). O principal pressuposto da terapia cognitiva é o de que o pensamento precede a ação, logo, o modo como a pessoa pensa tem um papel fundamental no seu comportamento (Beck, 1997, citado por Sequeira & Sampaio, 2020). As estratégias utilizadas na terapia cognitiva objetivam o reconhecimento e a modificação dos pensamentos automáticos (erros cognitivos) e das estruturas de crenças (Townsend, 2011).

Ao longo das 6 sessões implementadas, a utente, identificou sem dificuldade os pensamentos disfuncionais responsáveis pelo humor depressivo: “Sou inútil porque não cozinho”, “Sou um peso para os meus familiares” e “Vou voltar a sentir a angústia. Considera-se que entendeu a necessidade de alterar os pensamentos desajustados por pensamentos alternativos, de alterar e planear o seu dia-a-dia, no entanto quando se projetava no futuro revelava resistência à mudança e manifestava medo de não conseguir operacionalizar tudo o que aprendeu.

Ao longo das sessões realizadas, a utente executou todas as tarefas de casa solicitadas com dedicação e empenho. Recorreu-se à técnica de role play para simular situações hipotéticas. Esta técnica foi benéfica no sentido em que permitiu a utente colocar-se numa situação semelhante à sua, mas numa posição externa, e tal, ajudou a ter uma perspetiva diferente.

Este programa contribuiu para a melhoria do estado de saúde da utente, por consequência permitiu atingir os resultados esperados assim como desenvolver os critérios de avaliação: “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a saúde mental” (F4.2.3).

Mediante os diagnósticos de enfermagem identificados, a necessidade da utente em socializar e a importância de a utente adquirir conhecimentos sobre os seus problemas foi considerado benéfico que integrasse o programa de Psicoeducação: Capacitar +.

A utente demonstrou-se, em todas as dinâmicas, recetiva, participativa e colaborante. Após a realização do Relaxamento, a utente referiu que tinha gostado, no entanto referiu que não conseguiu relaxar completamente, manteve a maior parte do tempo os olhos abertos.

A utente considerou as sessões interessantes e refere que lhe permitiram ter um olhar diferente sobre os seus problemas e sobre as estratégias que podia adotar para lidar com eles. Ao longo dos programas de relação de ajuda e de reestruturação cognitiva foi feita frequentemente a interligação com os conceitos/estratégias apresentadas durante a psicoeducação de modo a reforçar e fundamentar a necessidade de mudança a adoção de estratégias.

Após cerca de 6 semanas de internamento, de um acompanhamento multidisciplinar e especializado o médico psiquiatria decidiu a alta.

Através da implementação de intervenções psicoterapêuticas foi visível a aquisição de estratégias de resolução de problemas, o incorporar de novas habilidades e conhecimentos e a reconstrução de uma nova identidade facilitadora de uma transição saudável. Nas diferentes intervenções psicoterapêuticas foram definidas estratégias, com o objetivo de “promover a reabilitação psicossocial de pessoa com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcional pessoal, familiar, profissional e social, através de incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (F4.3).

Ao longo de todo o processo foi notório uma melhoria do estado emocional que permitiu gradualmente a utente recuperar a sua autonomia, adquirindo novas competências e estratégias adaptativas promotoras da melhoria da sua funcionalidade enquanto pessoa, no contexto familiar e na comunidade. Nas diversas intervenções

psicoterapêuticas as estratégias foram definidas em função das características da utente, das suas preferências, da realidade “de casa”, ocupacional e familiar e das suas limitações cognitivas. Com vista a dar continuidade, no contexto de regresso a casa, a todas as estratégias definidas e com vista a promover a máxima reabilitação psicossocial da utente foi realizada intervenção familiar.

A intervenção familiar torna-se extremamente importante, não só para a diminuição da sobrecarga e para promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para reabilitação da pessoa com doença mental grave, contribuindo largamente para a sua recuperação (Sequeira & Sampaio, 2020).

Com base neste princípio e por ter sido ao longo do acompanhamento à utente, identificada a importância e o envolvimento dos seus familiares no processo de doença/cura julgou-se fundamental integrar a família na preparação da alta.

Por todas as características da utente, as forças e as fraquezas identificadas para a resolução dos problemas considerou-se que o êxito da alta dependia da forma como o núcleo familiar iria reagir e de todas as estratégias que seriam utilizadas para facilitar o regresso a casa.

Neste sentido, após concordância e consentimento da utente foram realizadas 3 reuniões com a filha, o filho e o marido, tendo estado presente a utente em todas. A família demonstrou total receptividade à toda a intervenção e verbalizou a necessidade de ajuda e orientação. Foram então informados sobre o conteúdo, objetivos e os resultados das intervenções de enfermagem implementadas ao longo do internamento à mãe, tendo sido realizadas ensinios à família de como lidar e dar continuidade a estratégias delineadas no internamento. A família foi incentivada a promover a continuação da estimulação cognitiva através de exercícios práticos tendo sido entregue um manual preparado para a utente com esse fim (compilação de exercícios extraídos dos manuais utilizados). A família manifestou total concordância com todas as sugestões e verificou-se total disponibilidade na ajuda à utente. Nestas reuniões foi promovido o diálogo entre a utente e a família, a expressão de emoções, de sentimentos, de expectativas relacionados com o regresso a casa de parte a parte e delineadas estratégias para facilitar a transição para a casa.

A intervenção familiar deu resposta ao critério de avaliação “implementa intervenções psicoterapêuticas e socio terapêutica, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições” (F4.2.1) foi benéfica, permitiu quebrar as barreiras do desconhecimento, das dúvidas, dos medos, abrindo portas para uma transição saúde-doença saudável no contexto de casa e principalmente fez acreditar quer a utente, quer os familiares que o regresso a casa era possível.

Em conclusão todo o acompanhamento a esta utente assentou numa consistente e real relação terapêutica na qual o uso de mim como instrumento terapêutico associado à implementação de intervenções psicoterapêuticas especializadas foram, na minha opinião, determinantes para o sucesso da intervenção. A relação terapêutica assim como o processo de ajuda à utente correspondeu a uma bela aprendizagem humana e profissional.

Em relação a segunda utente de sexo feminino, como já foi mencionado anteriormente, o acompanhamento da utente adquiriu ao longo do acompanhamento, contornos atípicos que exigiram reajustes na relação terapêutica e na intervenção.

Na avaliação inicial da utente e nos dados do processo da utente o motivo de internamento era ideação de suicídio, risco autolesivo e estabilização psicopatológica, a utente terá ingerido medicação voluntária, dirigindo-se ao serviço de urgência do hospital de referência, não tendo sido necessária lavagem gástrica. O hospital de referência por falta de vagas, face ao protocolo instituiu encaminhou a utente para instituição psiquiátrica da área. Nas notas do hospital surge a dúvida sobre a veracidade dos factos referidos pela utente. Da avaliação inicial destacam-se as seguintes informações: o companheiro estava preso, a utente desempregada dependia do salário deste, vivia com o namorado na casa de um amigo que teve de abandonar quando este ficou preso não tendo por onde ir.

Na entrevista clínica a utente apresenta tristeza, angústia, refere sentir-se deprimida e ter pensamentos suicidas. Mesmo identificando sinais de incoerência e manipulação no discurso foram valorizados os relatos da utente, foram aplicados os instrumentos de avaliação. Dos relatos e da alteração dos scores das escalas foram identificados os diagnósticos de enfermagem.

Neste seguimento, foram elaborados e implementados os programas de relação de ajuda, de reestruturação cognitiva e de psicoeducação para responder aos diagnósticos: Humor depressivo, presença, Ideação Suicida, presença e Autocontrolo: Ansiedade Comprometida.

O programa de relação de ajuda foi composto por 4 sessões. Os obstáculos inerentes, ao possível contexto de manipulação, comprometeram a relação de confiança. No entanto, através da escuta ativa, da empatia, de uma atitude assertiva procurei estabelecer uma relação terapêutica. Em todas as sessões a utente apresentou-se participativa, colaborante e envolvida, aceitou no decorrer do programa todas as estratégias sugeridas, demonstrou receptividade e facilidade em realizar os trabalhos de casa propostos.

A abordagem consistiu em ajudar a utente a encontrar soluções para os problemas. Talvez porque os problemas que apontava não eram reais, a utente encontrou soluções

e estratégias para lidar com os problemas sem dificuldade. Neste contexto atípico, procurei “utilizar a relação de ajuda, técnica psicoterapêutica para aumentar o insight “(F4.2.2) sobre o verdadeiro problema. No fim do programa, a utente verbalizava melhoria que se refletia nos scores obtidos na última sessão. Esta melhoria coincidiu com a resolução da situação que a atormentava: não ter onde ir aquando da alta. O serviço social mobilizou respostas na comunidade e agilizou a integração da utente numa instituição social no momento da alta. Esta relação de ajuda desafiadora assentou no “não julgamento” e exigiu um rigoroso conhecimento de mim e de autocontrolo.

O programa de reestruturação cognitiva foi composto por 4 sessões, ao longo das quais a utente identificou pensamentos disfuncionais, interpretações negativas, crenças distorcidas desencadeadoras de sofrimento e de alteração de humor. Ao longo das sessões foi possível verificar alteração de pensamentos distorcidos por pensamentos mais realistas e objetivos. Mais uma vez, reitero que todo este processo foi realizado num contexto de provável manipulação que pode ter sido responsável por uma melhoria discutível e não real. Uma vez mais, este contexto exigiu uma interpretação rigorosa da comunicação verbal e não verbal, procurei recorrer a várias técnicas de comunicação verbal terapêuticas aprendidas, como o questionamento, a explicitação/clarificação, o humor, a validação, a reformulação, a interpretação e o feedback de modo a avaliar a autenticidade de toda a informação, emoções/sentimentos e pensamentos apresentados.

A utente integrou o programa de psicoeducação “Capacitar+”, somente na segunda sessão porque na primeira ainda não se encontrava internada. A participação da utente foi benéfica tendo em conta a sua necessidade de socializar. A utente demonstrou-se extremamente comunicativa e participativa abordando com facilidade todas as temáticas apresentadas. Em relação ao relaxamento por imaginação guiada referia ter gostado muito e ter relaxado.

Apesar das reais e sentidas dificuldades e desafios associados ao acompanhamento desta utente, todo este processo constituiu uma verdadeira e rica aprendizagem que me obrigou a uma reflexão constante sobre a minha prática e sobre as intervenções escolhidas e levou-me a tomar consciência que cuidar de uma pessoa com alteração mental é exigente e propicia a atitudes manipuladoras para as quais devemos estar preparados. Este processo exigiu uma capacidade adaptativa e de reajuste importante para a minha aprendizagem e para o meu exercício profissional como futura Enfermeira EESMP.

Em relação ao utente de sexo masculino, como foi referido anteriormente, o curto internamento e a resistência assumida pelo utente inicialmente, não permitiram a implementação de intervenções especializadas.

Na avaliação inicial do utente, em regime de internamento voluntário para desabitação alcoólica, revelou-se claro que o utente pretendia uma desabitação física do álcool, no entanto apresentava resistência e ambivalência quanto à mudança de comportamento.

Ao longo da avaliação, o utente assumiu que a desabitação alcoólica constituía a “última tentativa de salvar o seu casamento em risco”. O discurso do utente revelava que este não estava efetivamente preparado para a mudança ou melhor não estava predisposto para tudo o que a mudança implicava. Ele referia que “não imaginava a sua vida sem álcool” e que “para ele seria impensável conviver com os amigos sem álcool”.

Todo este contexto realçava uma real ambiguidade, por um lado um pedido de internamento para desabitação representava uma vontade efetiva de deixar de beber, mas por outro lado todo um discurso antagonista da vontade em deixar de beber e de uma real motivação.

Por isso ao longo da avaliação procurei através da escuta ativa e da empatia, estabelecer uma relação terapêutica que assentasse numa relação de confiança que permitisse clarificar todo o contexto ambíguo e confuso. Após análise de todos os dados da entrevista clínica pude concluir que o utente apresentava insight para deixar de beber, para salvar o seu casamento, a sua vida profissional e financeira no entanto não apresentava uma verdadeira motivação nem disposto a viver todo o processo de tratamento. O utente, advogado, referia ter perdido cerca de 400 processos em 600, nos últimos anos e não fazer face às obrigações financeiras elevadas e exigentes.

Mediante todo este contexto, e tendo em conta que o utente se encontrava abstinente por desabitação física do álcool, foi aproveitada a janela de oportunidade durante o internamento para o consciencializar para a necessidade de mudança e consolidar o compromisso para a mudança. Neste contexto foi implementada a entrevista motivacional (EM).

A EM é descrita como sendo um estilo de aconselhamento que se caracteriza por uma atmosfera de conversação construtiva acerca de mudança de comportamento, do qual o aconselhador utiliza escuta ativa e a empatia para compreender e perceber a pessoa, e minimizar a sua resistência. Partindo dos pressupostos da colaboração e respeito, são utilizadas técnicas e estratégias para explorar a perspectiva e objetivos da pessoa no que diz respeito ao seu problema, no sentido de estimular a mudança de comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na entrevista motivacional com recurso a escuta ativa, empatia, a assertividade procurei centrar a abordagem no processo de mudança, foram identificadas as resistências que impediam a mudança de comportamento e os motivos possíveis de recaída. Apesar da abstinência do utente considero que o utente se encontrava, segundo o modelo transteórico de mudança DiClemente e Prochaska, na fase de contemplação, pois ele

tinha consciência do problema, mas ainda não estava preparado para fazer mudanças estruturais, comportamentais e mentais para alterar o comportamento.

Consciente da ambivalência, considero que o utente apesar de ter dado o passo para desabituação física não estava preparado para alterar as rotinas, os hábitos associados ao consumo. Pelo discurso do utente, a sua vida, naquele momento girava a volta da sua dependência pelo que seria essencial uma mudança estrutural e mental para qual não estava preparado. O utente sentia e verbalizava que a sua vida familiar e profissional estava a desmoronar-se precisando de provar à sua família e no emprego que estava disposto a mudar no entanto todo o discurso comprovava o contrário. Na minha opinião, o risco de recaída, após a alta era elevadíssimo.

Neste sentido foram desenvolvidas intervenções no âmbito da entrevista motivacional. O utente foi motivado a identificar os prós e os contras da mudança, foram explorados os argumentos ambivalentes e criado um desequilíbrio nesses argumentos, enfraquecidos os motivos de manutenção do consumo e fortalecidos os motivos de cessação do consumo. Na abordagem procurei identificar características de personalidade do utente que poderiam ser utilizadas como fatores protetores no processo de mudança. Em concreto, o utente demonstrava ser alguém seguro e firme nas suas convicções e revelava uma elevada autoestima pelo que procurei explorar e reforçar a autoeficácia do utente no processo de mudança.

A minha intervenção teve como foco a EM, no entanto, tendo em conta a abstinência devida a desabituação física e o risco elevado de recaída, intervi também na prevenção de recaída, identificando e explorando estratégias de prevenção de recaída.

Este acompanhamento constituiu um processo desafiador, pelas características do utente, no entanto, foi possível estabelecer uma relação terapêutica e uma relação de confiança que desarmou o utente e permitiu desenvolver uma intervenção efetiva.

Se no início o utente parecia não receptivo a intervenção, no fim da segunda consulta já acreditava que uma intervenção especializada seria benéfica. O curto internamento não permitiu uma intervenção estruturada que permitisse ganhos efetivos, no entanto considero que o balanço foi positivo e o utente no fim da intervenção estava consciente da necessidade de mudança e tinha adquirido estratégias e conhecimentos de prevenção de recaída. A continuidade da intervenção deste utente tinha sido importante e decisiva na mudança de comportamento e prevenção de recaída. Este utente seria um candidato com critérios de inclusão para integração do projeto “Continuar a acreditar”, no entanto aquando da alta do utente este ainda não estava a ser implementado.

Em conclusão deste capítulo, é possível afirmar que ao longo do estágio I em Internamento de Agudos foi possível desenvolver as competências de Enfermeiro EESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Este estágio constituiu uma extraordinária e gratificante aprendizagem. Neste estágio tomei consciência da importância da relação terapêutica, do uso de mim como instrumento terapêutico e da eficácia das intervenções psicoterapêuticas no cuidado à pessoa com alteração mental, assim como tive a oportunidade de desconstruir limitações, dificuldades e medos. Este estágio constituiu uma alavanca de aprendizagem para os estágios seguintes.

5.2 Cuidar da pessoa na comunidade

O estágio de natureza profissional II - Comunidade, foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES da Região Norte.

Segundo o Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade da Ordem dos Enfermeiros (2018) a UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Por definição, estarão os problemas todos na comunidade, pois é na comunidade que as pessoas estão inseridas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Com a descentralização dos serviços hospitalares e com a integração dos cuidados psiquiátricos em hospitais gerais, assiste-se à vinda das pessoas com doença mental mais grave para a comunidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste contexto, tornou-se cada vez mais importante e necessário a organização dos cuidados de saúde mental de modo a permitir a prestação de cuidados especializados com maior proximidade à pessoa, à família e à comunidade. A integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários constitui uma prioridade.

A prevalência da doença mental é cada vez maior e as suas consequências a nível individual, familiar e socioeconómico têm um impacto reconhecido e significativo na qualidade de vida das populações. Esta realidade associada à investigação aprofundada em determinantes em saúde (pobreza, literacia, crises económicas,

sociais) vem reforçar a urgência da integração da saúde mental nas políticas de saúde pública.

É importante e recomendado intervir em áreas e contextos suscetíveis de maior impacto sendo necessário apostar na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, na intervenção à pessoa com alteração mental e na reabilitação da pessoa com doença mental ao longo do ciclo de vida, em casa, nas escolas, no trabalho, durante a gravidez e na terceira idade. Neste âmbito a UCC, de acordo com a sua missão, ocupa uma posição privilegiada para intervir.

De modo a cumprir a missão de cuidar de pessoas e grupos mais vulneráveis, respeitar o acesso à cuidados especializados e intervir nas comunidades, os enfermeiros que constituem as UCC são principalmente, enfermeiros especialistas. Apesar da falta reconhecida de Enfermeiros EESMP nas UCC, a enfermagem em saúde mental e psiquiátrica constitui uma área transversal a todo o ciclo de vida e a todos os contextos de vida conferindo ao Enfermeiro EESMP um papel determinante no contexto das UCC.

A UCC onde realizei o estágio II, integra duas Enfermeiras EESMP, no entanto as enfermeiras não exercem em pleno as funções de Enfermeiro EESMP, tendo em conta a unidade dar maior prioridade aos programas de saúde que respondem a indicadores contratualizados. As Enfermeiras EESMP desenvolvem grande parte da atividade na saúde escolar. No entanto esta realidade, não constituiu um obstáculo na realização do meu estágio nem me impediu de dar respostas às competências de Enfermeiro EESMP no contexto da comunidade.

Este estágio constituiu uma verdadeira e abrangente aprendizagem. Com este estágio pude intervir em todas as vertentes da intervenção do Enfermeiro EESMP, promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, reabilitação da pessoa com doença mental e cuidado à pessoa com alteração mental, tendo sido possível intervir nas diferentes faixas etárias: a infância, a idade adulta, a terceira idade e intervir nos principais programas da UCC: a saúde escolar, a saúde materna e a ECCI.

No decorrer do estágio de uma forma mais específica realizei intervenção individual à 3 utentes e realizei intervenção em grupo a uma turma do jardim de infância.

Neste estágio, também, desenvolvi a prática baseada na evidência através da execução de um programa de relaxamento muscular progressivo à 3 utentes da CAICT da área de abrangência que integra a UCC. Apesar do programa ter sido desenvolvido neste estágio, os resultados serão apresentados num capítulo, a seguir, reservado para esse fim. Da mesma forma, neste estágio foi realizado uma formação em serviço, no âmbito da Intervenção Breve e Critérios de Referência para a CAICT para dar resposta ao Domínio da Aprendizagem Profissional no âmbito das competências comuns dos

enfermeiros especialistas. A experiência foi relatada anteriormente no capítulo destinado a esse objetivo.

Ao longo deste capítulo irei demonstrar como dei resposta às competências do Enfermeiro EESMP no contexto de uma UCC.

Em relação a competência a) a tomada de consciência de mim na relação terapêutica e na realização das intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas desde o primeiro estágio continuou a ser uma constante inerente à minha prática.

Neste estágio, em particular, a intervenção a uma menina de 9 anos, com diagnóstico inaugural de diabetes exigiu um maior autocontrolo de mim na relação terapêutica e na gestão de emoções. Nesta intervenção foi envolvida a mãe, a professora e a turma da criança. O objetivo da intervenção foi ajudar a menina a adaptar-se à nova condição de saúde. A idade jovem, a autenticidade inerente a idade, a proximidade espontânea e a relação terapêutica efetiva resultaram na criação de laços fortes e afetivos que exigiram uma gestão de emoções e uma reflexão de modo a manter os limites da relação profissional. Nesta intervenção, a mãe foi envolvida, tendo sido realizadas consultas e contactos telefónicos com a mesma. A mãe separada, com três filhas, encontrava-se vulnerável e apresentava um estado emocional fragilizado. Talvez por ser mãe, mãe de 3 filhos, o contexto da utente sensibilizou-me e exigiu que controlasse as minhas reações corporais e emocionais. Esta experiência desafiou as minhas capacidades de autocontrolo e resultou numa aprendizagem e num fortalecimento de estratégias de autocontrolo das emoções como Enfermeiro EESMP.

No âmbito da competência b) e dando resposta às unidades de competência (F2.1) (F2.2) foi realizada a avaliação inicial aos 3 utentes que acompanhei. Para os 3 utentes recorri a entrevista clínica para recolher dados de modo a avaliar as respetivas necessidades, identificar os diagnósticos e implementar as intervenções. Quando o contexto é uma instituição, os atendimentos por norma, são realizados em gabinete. A realidade da comunidade é outra, os atendimentos podem acontecer em diversos locais sendo exigida uma adaptação constante ao meio. Os atendimentos foram realizados, num gabinete numa escola, na sala de estar da casa de um utente e num gabinete no centro de saúde. Nas três situações, foi criado um ambiente seguro, calmo e propício a partilha de informação, sentimentos e emoções.

No contexto da mesma competência foi desenvolvida a unidade de competência “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (F2.3).

A promoção da saúde mental constitui uma competência fundamental do Enfermeiro EESMP.

O Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030 enfatiza que a promoção de saúde mental e a prevenção de doenças mentais, ao longo da vida, podem concentra-se no desenvolvimento de competências individuais essenciais nos estágios formativos da vida, com programas para apoiar o desenvolvimento de relacionamentos seguros, na prevenção e tratamento de problemas emocionais ou comportamentais especialmente na infância e na adolescência (Organização Mundial de Saúde, 2021).

A promoção da saúde mental, segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (Direção-Geral da Saúde, 2015) constitui um pilar fundamental da capacitação de crianças e jovens em promoção e educação para a saúde.

Na disciplina de Promoção e Prevenção de Saúde Mental do curso de mestrado foi realizado em conjunto com uma colega um trabalho, no qual nos foi proposto a realização de um programa de prevenção e promoção de saúde Mental. Neste contexto foi elaborado um programa de promoção e prevenção de saúde mental no âmbito da promoção das competências socio emocionais dirigido a crianças entre os 3 e 6 anos: “As Emoções e Eu...”

Agarrando a oportunidade de intervir em saúde escolar, apresentamos, eu e a colega, na UCC onde estávamos a realizar o estágio, o programa às Enfermeiras EESMP e à equipa de saúde escolar que consideraram o programa pertinente e concordaram com a sua implementação. Este vinha responder a uma necessidade já identificada pelas Enfermeiras EESMP, de intervir no âmbito da promoção das competências socio emocionais.

As aprendizagens socio emocionais implementadas na escola, influenciam o ambiente escolar e criam climas de aprendizagem facilitadores, traduzindo-se a médio prazo em ganhos em saúde e em promoção do sucesso escolar. A saúde surge, assim, como um parceiro fundamental da escola, na medida em que o desenvolvimento de aprendizagens socio emocionais, parte do pressuposto de que as competências escolares e as aprendizagens socio emocionais são interdependentes e indissociáveis. Defende-se que ambas devam ser desenvolvidas simultaneamente, sendo a escola um dos locais privilegiados para a sua aprendizagem (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Neste seguimento, a escola constitui um local privilegiado para implementação de programas de promoção no âmbito das competências socio emocionais. A aquisição precoce de habilidades socio emocionais, promovem relações interpessoais saudáveis e gratificantes, facilita a adaptação psicossocial da criança, capacita a mesma para uma gestão saudável das emoções, para lidar com os desafios diários e para a resolução de problemas. Todo este contexto propicia um ambiente escolar seguro e saudável. Com este investimento pretende-se preparar a criança para os desafios futuros inerentes à

adolescência e à idade adulta, dotando a mesma de competências promotoras de saúde mental e prevenindo alteração mental.

Segundo o Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar (2019), o desenvolvimento socio emocional é fundamental para o bom desempenho das crianças e jovens desde a educação pré-escolar e ao longo da escolaridade obrigatória.

As Enfermeiras EESMP, orientadoras de estágio, escolheram o jardim de infância e 2 turmas para a implementação do programa. Foi enviado o projeto para as educadoras de infância responsável das turmas que se demonstraram totalmente recetivas e manifestaram que a aplicação deste seria uma mais valia tendo em conta que iria complementar o trabalho já realizado, por elas, nessa área.

A elaboração deste programa foi de encontro ao critério de avaliação: “implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo” (F2.3.1). Este programa consiste na execução de um programa de psicoeducação, com objetivo de dotar as crianças de conhecimento sobre as emoções e de estratégias para lidar com as mesmas, dando resposta a unidade de competência (F4.1) e em particular ao critério de avaliação “Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais” (F4.1.1).

Como demonstrado anteriormente a promoção de competências emocionais na idade pré-escolar promove a saúde mental das crianças e previne a doença mental na idade adulta. Neste contexto, foi desenvolvido o programa de promoção de saúde mental: “As Emoções e Eu” (Apêndice 7).

Nesta continuidade, foi pela primeira vez, iniciado a implementação do mesmo num pré-escolar da área de abrangência da UCC. O programa foi destinado a 2 turmas, tendo sido responsável por uma turma e a colega por outra. As crianças da turma alvo da minha intervenção, apresentavam na maioria 3 anos, tendo 2 meninos com 5 anos.

O programa assenta numa intervenção psicoeducativa, que envolveu a realização de duas sessões promotoras de autoconhecimento e gestão emocional e uma sessão de *Follow up* destinada a avaliação da aprendizagem adquirida.

O livro e a mala de atividades “Monstro das Cores” (Llennas, 2018) foram o recurso utilizado para dar a conhecer, explorar e interpretar as emoções. Foram realizadas diversas atividades ao longo das sessões. A escolha deste livro prendeu-se com experiências positivas com o mesmo no contexto pessoal, em casa e no jardim de infância dos meus filhos, mas também pelo facto das cores serem atrativas e do aspeto da personagem do “Monstro” ser agradável e simpático.

A implementação do programa foi muito interessante. Para cativar a atenção e o interesse das crianças, foi criado um ambiente de proximidade, encontrávamo-nos todos sentados numa roda, auxiliiei-me da presença dos peluches dos “Monstros da Cores” que fizeram imenso sucesso. As atividades escolhidas promoviam a participação, o envolvimento e a interação das crianças. A adesão das crianças foi total. Integraram naturalmente os conhecimentos sobre as emoções, aderiram a todas as atividades com entusiasmo. Com a finalidade de ajudar a criança a identificar e gerir as suas emoções no seu dia a dia foi criado e entregue a cada criança o marcador “Monstro das cores” / Como te sentes hoje” (apêndice 8).

A única limitação sentida, na implementação do programa, prendeu-se com a dificuldade inerente a crianças de 3 anos que ainda não desenvolveram todas as competências socio emocionais, em gerir a frustração quando foram confrontadas com a separação com os peluches. Esta situação exigiu a mobilização de técnicas terapêuticas de comunicação como a empatia e assertividade, assim como constituiu a oportunidade de reforçar as estratégias de gestão das emoções ensinadas nas sessões.

Os resultados obtidos nas 2 turmas superaram as expectativas. A Educadora atribuiu o score 5 (em 5) na avaliação do programa tendo manifestado a intenção de dar continuidade ao mesmo e sugerido a implementação do programa nos restantes jardins de infância do agrupamento de escolas. Assim sendo, na minha opinião, o programa tem condições para continuar a ser implementado no contexto da saúde escolar, seria interessante a sua continuação e daqui um ano realizar a avaliação do seu impacto.

No decorrer deste estágio, no âmbito do acompanhamento a 3 utentes, foi desenvolvida a competência c) e dada resposta as unidades de competência (F3.1) e (F3.4) e ao critério de avaliação (F3.1.9).

Após a realização da avaliação inicial através da entrevista clínica aos 3 utentes acompanhados foram estabelecidos, com base nas taxonomias CIPE, NIC e a NOC, os diagnósticos de enfermagem, realizado e implementado para cada utente um plano individualizado em saúde mental.

Um dos utentes acompanhados, era uma criança de 9 anos com diagnóstico clínico de diabetes inaugural. Todos os contactos foram realizados no contexto escolar, a menina frequentava o 4ºano de escolaridade.

Como anteriormente referido a carteira básica das UCC integra o Programa Nacional de Saúde Escolar, assim a saúde/UCC surge como um parceiro fundamental na escola. Essa proximidade confere à equipa de saúde escolar um papel privilegiado na deteção de perturbação da saúde mental do aluno, realçando a importância da intervenção do Enfermeiro EESMP na saúde escolar.

O primeiro contacto com a criança decorreu no contexto de uma reunião organizada com a finalidade de avaliar, discutir e assinar o plano de saúde individual da criança com diagnóstico médico recente de *diabetes mellitus tipo I*. Na reunião estava presente a criança, a mãe, a professora, uma auxiliar de referência da escola, a coordenadora da escola, a Enfermeira EESMP na condição de gestora de caso no âmbito da saúde escolar e eu enquanto aluna de estágio.

Na reunião a criança apresentava-se recetiva a aprendizagem e encontrava-se numa fase inicial de adaptação e de aceitação da sua nova condição de saúde. Apesar de bem-disposta e sorridente foi perceptível através da comunicação verbal e não verbal que a criança estava assustada com o seu novo contexto.

No fim da conversa sem a presença da menina, a mãe partilhou uma situação que ocorreu dias antes, à saída da escola, segundo ela um aluno, não da turma da criança, terá chamado à menina de “Insulina”, mas esta não terá ouvido. No fim da reunião, tornou-se evidente que um acompanhamento individual e especializado esta criança poderia ser benéfica. Com total recetividade, entusiasmo e autorização da mãe foi iniciada uma intervenção especializada, no contexto da escola, à criança.

Após a avaliação dos dados da entrevista clínica, identificados os problemas e necessidades no âmbito da saúde mental, foi elaborado o diagnóstico de enfermagem:

- aceitação do estado de saúde comprometido.

Não foram aplicados instrumentos de avaliação diagnóstica, a avaliação foi realizada exclusivamente com base nos relatos da criança e da mãe. Não foram encontrados instrumentos que avaliassem a aceitação do estado de saúde passíveis de ser aplicados nesta situação.

Logo no primeiro contacto com a criança, com a mãe e com todos os intervenientes foi palpável que todos se encontravam em sintonia e partilhavam o objetivo comum de ajudar a criança a aceitar a sua nova condição de saúde. Todos, tendo em conta o papel de cada um, estavam disponíveis a colaborar. Assim, tornou-se claro e evidente que a integração de algumas pessoas como agentes promotores de saúde no plano individualizado seria uma mais-valia e iria contribuir para que a criança aceitasse o seu estado de saúde. Todo o plano individualizado foi do conhecimento da mãe, após cada atendimento com a criança no contexto escolar, a mãe foi contactada por telefone e foi-lhe transmitido o resultado da intervenção. A afinidade que a menina nutria pela professora e pelos colegas da turma associado a importância destes tomarem consciência que desempenhavam um papel neste processo, justificou que integrasse a turma e a professora no plano individualizado.

O verdadeiro potencial do plano individualizado desta criança, na minha opinião, para além de incluir as valiosas intervenções psicoterapêuticas, foi envolver a mãe, a turma

e a professora. O plano individualizado foi concebido com integração da família e da escola de modo a promover e a fortalecer as competências e a capacidade da criança em lidar com a sua nova condição de saúde e assim promover a sua saúde mental e diminuir o risco de alteração da mesma, dando resposta ao critério de avaliação “elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades diminuindo o risco de incapacidade, manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social e promover e reforçar as capacidades da família” (F3.4.5).

Neste estágio tomei consciência da versatilidade da intervenção especializada de um Enfermeiro EESMP, pois esta encaixa em áreas distintas sendo uma delas a ECCL.

No momento do estágio, não existia, na UCC; projetos no âmbito da saúde mental dirigido ao idoso ou a utentes da ECCL, no entanto para não fechar portas à aprendizagem neste contexto, foi analisado em conjunto com a equipa da ECCL como poderia desenvolver as minhas competências nesse contexto.

Assim, entre os utentes integrados na ECCL foi identificado um utente que poderia beneficiar de uma intervenção especializada em saúde mental.

O utente de 90 anos com diagnóstico de fratura da anca apresentava declínio cognitivo segundo a família desde o internamento no hospital.

O primeiro contacto teve por objetivo avaliar a pertinência de uma intervenção especializada por parte da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O primeiro contacto e os seguintes foram realizados no domicílio do próprio. A avaliação inicial foi realizada através da entrevista clínica. No processo todo da avaliação inicial, a esposa do utente esteve presente e contribuiu para enriquecer a colheita de dados. Durante a entrevista e antes de aplicar os instrumentos de avaliação diagnóstica foram notórios sinais de um deficit cognitivo. Esta suspeita foi confirmada através da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação diagnóstica:

- Escala de avaliação da Cognição MMSE
- Teste do Relógio
- Índice de Barthel

O diagnóstico identificado foi:

- Cognição comprometida

Esta avaliação inicial teve contornos diferentes. O envolvimento da família do utente foi perceptível de uma forma imediata através da presença constante da esposa. Aliás, a esposa foi parte integrante de toda a intervenção. Senti que a intervenção teria de ser dirigida aos dois e para tal foram criadas uma relação de confiança e uma relação

terapêutica com o utente e com esposa. A idade avançada do utente justificava uma ligeira lentidão no raciocínio e nas respostas exigindo uma comunicação apropriada, clara, concisa, pausada e objetiva.

A avaliação inicial constituiu o ponto de partida de uma aliança terapêutica sólida eficaz e decisiva com a família (esposa, cuidadora formal e filhos).

Para além dos dados importantes para identificação do diagnóstico, a entrevista contribuiu com dados essenciais para conhecer e compreender o utente e assim permitir a elaboração de uma intervenção personalizada aumentando a probabilidade de sucesso da mesma. Esta consciência de ajuste à pessoa, de personalizar a intervenção sempre ditaram a minha prática, no entanto na abordagem à pessoa com alteração mental adquiriu um significado diferente.

Após análise de todos os dados foi elaborado um plano individualizado dando resposta a unidade de competência (F3.4) e aos critérios de avaliação (F3.4.1) e (F3.4.5). Como foi indicado anteriormente a família assumiu, desde o início, um papel ativo em todo o processo de ajuda tendo sido integrada no plano de cuidados com o objetivo de reforçar as suas capacidades de apoio ao utente. Mediante o diagnóstico de cognição comprometida, todo o plano foi elaborado no sentido de manter ou melhorar as capacidades do utente fortalecendo os fatores protetores e diminuindo o risco de agravamento.

A UCC integra na sua carteira de serviços os Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade e de Recuperação Pós-parto. O projeto “Felizmente Mamã” é um projeto de parceria entre a saúde materna e a saúde mental. No contexto do curso de preparação para o parto ou de recuperação para o parto a EESMO identifica a necessidade de intervenção no âmbito da saúde mental por parte do pai ou da mãe e referencia para a Enfermeira EESMP responsável do projeto.

O utente de 29 anos foi referenciado pela Enfermeira EESMO no contexto do projeto “Felizmente Mamã”, por ter tido um ataque de pânico numa aula de preparação para o parto.

Durante o estágio surgiu a oportunidade de acompanhar um utente referenciado para o referido projeto permitindo-me, desenvolver competências de Enfermeiro EESMP no âmbito de outra área de intervenção: a saúde materna.

A aproximação do dia do parto, a experiência do ataque de pânico e a sensação de perda de controlo constituíam para o utente motivos de grande preocupação. Consciente que precisava de ajuda, o utente demonstrou de imediato uma total disponibilidade e receptividade à intervenção e um total envolvimento na relação terapêutica. Diante do contexto, o tempo foi um elemento a ter em conta, pois era necessário intervir e obter resultados até ao nascimento. A necessidade ávida do utente

em receber ajuda, facilitou o a avaliação inicial, com a partilha de informação relevante e detalhada que facilitou a identificação do diagnóstico e a realização do plano individualizado.

Os instrumentos de avaliação diagnóstica utilizados foram:

- Escala de depressão de Hamilton
- NOC “Autocontrolo Ansiedade”,
- NOC: Coping
- NOC: Sono

Os diagnósticos identificados foram:

- Autocontrolo: ansiedade comprometido
- Sono comprometido

Com base na avaliação inicial foi elaborado e implementado um plano de cuidados individualizado respondendo aos critérios de avaliação (F3.4.1), (F3.4.2) e (F.3.4.5).

O plano de cuidados foi concebido de acordo com as necessidades do utente e as suas limitações. Pela urgência de sentir melhoria, o utente encontrava-se totalmente permeável à aquisição de conhecimentos e à aquisição de estratégias tendo sido fácil a execução do plano. O utente, pelo seu envolvimento, tornou-se agente ativo de todo o processo. O impacto inicial dos episódios de ataque de pânico exigiram uma monitorização rigorosa da sua frequência. No decorrer da implementação do plano e da intervenção psicoterapêutica, o utente deixou de ter ataques de pânico. O plano individualizado contemplou a intervenção familiar através do envolvimento da esposa, no entanto devido ao nascimento antecipado do filho o contacto foi reduzido. Contudo foi possível esclarecer dúvidas, informar sobre estratégias definidas e sobre as intervenções implementadas promovendo a compreensão do estado de saúde mental do marido e capacitando-a para lidar com a situação.

Neste estágio, após a avaliação inicial, a elaboração do plano de cuidados foram, de acordo às necessidades identificadas foi dado resposta a competência d). e à unidade de competência (F4.2).

Mais uma vez, os programas psicoterapêuticos e socio terapêuticos constituíram um poderoso aliado na prestação de cuidados como Enfermeira EESMP. Após a experiência adquirida no primeiro estágio, o processo de elaboração dos programas, neste estágio, foi mais rápido, fácil e intuitivo. De todos, o programa de Relação de Ajuda Formal elaborado para a menina de 9 anos exigiu maior perícia tendo em conta que envolvia crianças e o contexto exigia a integração no programa de vários agentes sendo necessário recorrer à criatividade.

No caso da menina de 9 anos, a Relação de Ajuda Formal foi a intervenção psicoterapêutica escolhida para dar resposta ao diagnóstico: aceitação de estado saúde comprometido. O programa de RAF foi composto por 4 sessões (apêndice 9). A menina teve sozinha em duas sessões, uma foi realizada em contexto de sala de aula com presença da professora e da turma e noutra a mãe esteve presente. O facto de a intervenção envolver crianças, exigiu o recurso à criatividade, ao dinamismo e à boa disposição. A utilização de dois livros, foi a escolha que considerei mais assertada. Para uma das sessões individual com a menina foi escolhido o livro “Vê o lado Bom” com o objetivo de ajudar a criança a lidar com a sua nova condição de saúde promovendo a mensagem que “as coisas nem sempre são tão difíceis como parecem” (Welsh, 2023). Associado à leitura do livro foram criados em conjunto com a menina uns óculos “os óculos de vê o lado bom”. Esta abordagem teve um impacto muito positivo, promovendo a partilha de emoções e de sentimentos relacionados com o processo de aceitação.

Com o objetivo de envolver a professora e os colegas no processo de aceitação e estes serem agentes promotores dessa mudança foi realizada uma sessão na turma na qual foi lido o livro: “Uma lição de amor” (Garcia, 2020) com a mensagem: “onde mais importa as diferenças não existem”. A interpretação do livro pelas crianças foi fantástica, foi evidente e palpável que todas perceberam a finalidade da minha presença e da escolha do livro. A menina sentiu-se realmente apoiada, acarinhada e compreendida.

Uma das personagens do livro era uma menina com diabetes com o mesmo nome da menina alvo da intervenção, tal atribuiu um simbolismo especial ao momento. No fim da sessão foi realizado por cada uma das crianças um desenho a retratar a história do livro. A dedicação e o entusiasmo das crianças aquando da realização do desenho, foram notórios tendo sido emocionante ver os desenhos afixados na parede da sala.

Na última sessão, a mãe esteve presente, foi informada acerca das estratégias delineadas no contexto escolar e em casa, das atividades realizadas e dos ganhos obtidos. Foi Incentivado o treino das estratégias aprendidas.

Ao longo das sessões, foi notável a adaptação gradual da menina à sua nova condição de saúde tendo resultado numa transição saúde-doença saudável. O segredo do êxito da Relação de Ajuda Formal, residiu na estreita articulação entre os materiais utilizados, as dinâmicas escolhidas e o envolvimento das pessoas de referência. Com a implementação desta intervenção dei resposta aos critérios de avaliação: (F4.2.1), (F4.2.2), (F4.2.3), (F4.2.4) e (F4.2.5).

No caso do utente de 90 anos, após a aplicação dos instrumentos de avaliação diagnóstica e a realização do plano de cuidados individualizado, tornou-se evidente que a Estimulação Cognitiva seria a intervenção psicoterapêutica mais adequada.

O programa de Estimulação Cognitiva foi composto por 6 sessões (apêndice 10). O objetivo principal foi dar resposta ao diagnóstico: Cognição Comprometida.

Ao longo das 6 sessões, com o objetivo de promover a funcionalidade e a autonomia foram utilizadas várias técnicas: treino da memória à curto prazo e à longo prazo, treino de funções executivas: treino da linguagem, treino do cálculo e treino de habilidades construtivas.

Os exercícios realizados foram escolhidos em função do défice apresentado e das áreas mais afetadas. O programa integrou exercícios práticos do Manual da associação Alzheimer Portugal “Juntos Criamos, Exercícios de Estimulação e Criatividade” e do Manual do COGWEB-treino cognitivo online, nível 1, 2 e 3.

Ao longo das sessões o utente demonstrou-se sempre colaborante, recetivo à realização dos exercícios propostos tendo-se verificado ânimo e empenho na realização dos mesmos. Ao longo do processo procurou-se aumentar o nível de dificuldade, tendo o utente correspondido a essa exigência. Os temas abordados foram de encontro as preferências, aos gostos e as vivências do utente (club de futebol sporting, matemática) e memórias de um contabilista.

O utente aderiu a todas as tarefas de casa propostas com entusiasmo e responsabilidade tendo sido realizadas sem dificuldade. No decorrer do processo foi perceptível a melhoria na execução dos exercícios relacionados com a memória a curto prazo, melhoria na linguagem, no tempo de resposta e de raciocínio. Melhoria que se evidenciou nos resultados obtidos após aplicação dos instrumentos.

Em todas as sessões a esposa esteve presente tendo sido possível sensibilizar e capacitar a mesma para uma estimulação cognitiva diária, informal, no contexto de casa.

Desde o primeiro momento foi notável que a família do utente seria um aliado precioso. Através da esposa e do utente a família ficou desperta para a intervenção e foi dando diariamente continuidade, ajudando o utente na realização dos TPC, comprando o jornal da bola todos os dias. No fim do acompanhamento foi marcado um contacto com uma das filhas e transmitido as estratégias adotadas, os ganhos obtidos, promovida a importância da continuidade da estimulação cognitiva com sugestão de estratégias. No fim das sessões foi entregue ao utente um manual com exercícios provenientes de diversos manuais.

Ao longo da implementação do programa foi notória a evolução positiva, para além da melhoria dos scores, observava-se uma real satisfação do utente em realizar os exercícios, o utente ficou cada vez mais interventivo na conversação. Toda esta melhoria foi confirmada pela família e pelos enfermeiros da equipa da ECCI que davam conta dos sinais de evolução, no dia a dia. O mesmo foi sentido pelo utente verbalizando

que a intervenção “despertou a sua memória” e escrevendo “gostei muito do que fizemos”.

Este programa contribuiu para a melhoria do estado de saúde da utente e por consequência permitiu atingir os resultados esperados e dar resposta aos critérios de avaliação “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a saúde mental” (F4.2.3).

No caso do utente com 29 anos, após avaliação inicial e realização do plano de cuidados individualizado, as intervenções psicoterapêuticas escolhidas para responder ao diagnóstico: Autocontrolo ansiedade comprometida foram:

- Relação de Ajuda Formal
- Reestruturação Cognitiva

Foram criados um programa de. Relação de ajuda Formal e de Reestruturação Cognitiva, composto cada por 6 sessões (apêndice 11)

O utente encontrava-se a viver uma transição situacional, a gravidez da esposa, em breve seria pai. Numa primeira abordagem, foi colocada a hipótese que essa transição poderia estar relacionada com os episódios de ataque de pânico, tendo em conta que tinha tido um ataque de pânico na aula de preparação para o parto e outro aquando da visita à maternidade do hospital de referência. No entanto na avaliação inicial, esta suposição não se confirmou, o utente demonstrou por várias vezes que se encontrava a viver essa transição de uma forma natural, ajustada e saudável. Na execução do programa de RAF foi tida em conta esta variável e foram incluídas estratégias para a adaptação à nova condição, no entanto a principal finalidade da intervenção residiu em capacitar o utente em controlar a sua ansiedade de modo a eliminar os ataques de pânico. Como foi anteriormente referido, o utente era totalmente permeável a toda a intervenção, aceitou e assimilou com muita facilidade todas as estratégias sugeridas, simplificando toda a intervenção. Indo de encontro ao que Meleis et al. (2000) defende, o utente envolveu-se de uma forma profunda em todo o seu processo de cuidados e de mudança.

No decorrer da intervenção, foi utilizada a técnica de relaxamento muscular progressivo como técnica de gestão da ansiedade. A técnica era executada em todas as consultas. O utente, capacitado para a usar, recorreu à técnica, no seu dia a dia, quando sentia necessidade e como forma de prevenção.

Antes da quinta sessão o nascimento prematuro do filho constituiu um evento crítico que condicionou a intervenção. Por taquicardia in útero (FC: 320 bpm) foi realizada cesariana de urgência, o recém-nascido foi internado na neonatologia. Este evento constituiu um real teste à resiliência, à capacidade do utente em adaptar-se. Vários contactos telefónicos foram realizados e o utente manteve acompanhamento. Um

acontecimento que poderia ter colocado em risco toda a intervenção realizada, constituiu a oportunidade do utente pôr em prática todas as estratégias aprendidas. O utente conseguiu viver esta fase conturbada, dolorosa com autocontrolo, recorrendo à técnica de RMP e às estratégias implementadas, não tendo apresentado qualquer episódio de ataque de pânico.

O evento crítico obrigou-me a ajustar a minha intervenção, testando por consequência a minha capacidade de adaptação, num contexto no qual me compete a “utilização de técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitem ao cliente recuperar a sua saúde mental” (F4.2.3)

Este programa permitiu dar respostas a todos os critérios de avaliação da unidade de competência (F4.2).

A intervenção: reestruturação cognitiva, apresentou como principal objetivo: promover a reestruturação cognitiva (substituição de pensamentos desajustados por pensamentos alternativos). Ao longo da intervenção foram ensinadas estratégias para substituir pensamentos negativos, tais como: “Vou morrer”, “Tenho uma doença grave”, “Vou ter um ataque de pânico” “Nunca mais vou ficar bem” por pensamentos ajustados e realistas.

De modo a avaliar se o utente utilizava as estratégias aprendidas, identificar a capacidade do utente em identificar os pensamentos automáticos negativos e a capacidade de definir pensamentos alternativos adequados à situação recorri à técnica de role play através de situações hipotéticas. Essa técnica foi benéfica no sentido em que permitiu que o utente pusesse em prática o aprendido e demonstrasse a aquisição de conhecimentos. O programa de reestruturação cognitiva permitiu desenvolver o critério de avaliação (F4.2.3).

Apesar das dificuldades inerentes ao contexto no qual decorreu a intervenção, o acompanhamento a este jovem foi muito gratificante. A relação terapêutica criada associada à disponibilidade e à motivação do utente ditaram o sucesso da intervenção.

O estágio II, realizado na UCC foi muito compensador e de extrema importância para o meu exercício profissional como Enfermeira EESMP integrada numa UCC. Compensador, porque as experiências vivenciadas envolveram várias áreas de intervenção e permitiu que eu tomasse consciência do papel de Enfermeira EESMP em cada umas dessas áreas. De extrema importância, porque integrando eu uma UCC, essa experiência permitiu perspetivar o meu futuro como Enfermeira EESMP na UCC onde desempenho funções atualmente.

Apesar das Enfermeiras EESMP, desenvolverem poucas competências especializadas de ESMP, esta realidade não foi sentida como uma limitação pois a autonomia

proporcionada assim como as experiências vividas permitiram desenvolver as competências pretendidas no contexto de uma UCC.

5.3 Cuidar da pessoa em contextos especializados

Cuidar da pessoa com alteração da saúde mental em contexto especializado tornou-se possível com a realização do estágio III numa unidade de média/longa duração de uma instituição da Região Norte. Este estágio foi iniciado com maior segurança tendo em conta toda a aprendizagem e experiência adquiridas nos dois estágios anteriores. Contudo lidar com a cronicidade da doença mental e as suas limitações conferiu a este estágio um caráter desafiante.

Apesar da unidade ser uma unidade de reabilitação psicossocial com o principal objetivo: devolver às pessoas a sua autonomia, facilitando a sua reinserção na comunidade, a realidade é outra uma vez que a integração na unidade, na maior parte dos casos, é tardia, após vários internamentos, sequelas graves da doença mental atribuindo à intervenção um caráter de fim de linha em vez de representar uma nova oportunidade. Grande parte das utentes contam com um internamento na unidade de anos ou décadas.

Para a maior parte das utentes a unidade é “a sua casa”. As utentes têm liberdade dentro das paredes da instituição e o contacto com o mundo exterior varia de caso para caso. Este contacto é feito através de visitas de familiares, de passeios ao exterior, de idas a casa, de autonomia supervisionada ao exterior e através do contacto com os funcionários da instituição. Assim, qualquer forma de contacto com o exterior, ganha uma importância sobrevalorizada. Neste seguimento, a chegada à unidade, como aluna foi vivida por grande parte das utentes com grande intensidade. As utentes eram muito apelativas, ávidas de atenção tendo exigido a mobilização das várias técnicas de comunicação terapêutica já desenvolvidas com ênfase na escuta ativa e na assertividade. Várias foram as tentativas de invadir o meu espaço “íntimo”, obrigando ao desenvolvimento das competências referentes aos critérios de avaliação (F1.1.1), (F1.1.2), (F1.1.3) e (F1.1.4). Este primeiro contacto impactante obrigou-me a um reajuste e à uma definição clara e objetiva do meu papel na unidade e o estágio foi prosseguindo sem qualquer incidente, constituindo mais uma vez uma verdadeira aprendizagem profissional e humana.

A unidade integra cerca de 63 utentes, com diagnóstico de Doença Mental Grave (DMG) com maior prevalência de Esquizofrenia e de Perturbação de Personalidade.

A DMG é definida como a “doença psiquiátrica que, pela características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-lei nº8/2010), comprometendo as suas capacidades e competências na

realização de tarefas de subsistência, no estabelecer da relação com o meio ambiente e no participar na vida em sociedade, com repercussões na sua qualidade de vida. (Guhne, et al, 2015 citado por Freixo, 2022).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021) a definição mais amplamente aceite na literatura é a do National Institute of Mental Health (NIMH) (Schinnar, 1990), que considera três dimensões:

- Diagnóstico clínico: psicose não orgânica ou distúrbio de personalidade
- Duração da doença (cronicidade): ter duração de pelo menos dois anos
- Funcionalidade: nível de incapacidade social, familiar e laboral da pessoa.

A DMG é responsável por profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa com sérias repercussões nas diversas áreas da sua vida. Neste sentido, o papel do Enfermeiro EESMP é determinante no processo de recuperação e de empoderamento da pessoa dotando-a de ferramentas que lhe permitem melhorar a sua qualidade de vida. Neste seguimento, a intervenção comunitária, adquire um papel decisivo na manutenção da pessoa no seu meio, permite uma prestação de cuidados personalizada e de qualidade garantido ganhos em saúde quer para a pessoa quer para a comunidade.

Em Portugal, como em vários países europeus, procurou-se implementar a intervenção comunitária, através do desenvolvimento de serviços comunitários, no entanto dificuldades inerentes à falta de apoio político e limitações financeiras, limitaram o processo. Assim, apesar de avanços importantes o caminho ainda é longo. É importante melhorar a acessibilidade aos cuidados, desenvolver serviços e equipas de intervenção comunitária, promover reabilitação, melhorar a continuidade dos cuidados, promover a literacia em Saúde Mental e melhorar a articulação entre serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Assim, as limitações inerentes à implementação da intervenção comunitária justificam que nem todas as pessoas com DMG têm acesso a intervenção comunitária. A falta de intervenção precoce atrasa o diagnóstico da doença mental e atrasa uma intervenção especializada resultando numa procura tardia dos serviços de saúde numa fase avançada da doença quando já existe sequelas e um baixo potencial de reabilitação. É neste contexto de baixo potencial reabilitador que se encontravam a maior parte das pessoas internadas na unidade onde realizei o estágio. Segundo a Enfermeira EESMP da unidade mais de 50 % das pessoas encontram-se em regime de longo internamento, Como prova da baixa probabilidade de reabilitação, são os números: em 2023 somente uma pessoa teve alta para domicílio e outra foi transferida para a residência. Em 2024 só uma utente foi transferida para a residência.

A residência é uma unidade que integra a instituição e tem por objetivo dar suporte residencial com vista a proporcionar melhor qualidade de vida e maior participação social. As utentes são capazes de realizar as Atividades de Vida Diária autonomamente, precisando de apoio e supervisão pontualmente. As utentes são envolvidas e participam em todas as tarefas da residência. A residência destina-se a pessoas com DMG, clinicamente estabilizadas, mas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial, falta de suporte familiar adequado ou sem possibilidade de integração familiar.

No decorrer deste estágio tive a oportunidade de testemunhar a transferência de uma utente para a residência. O meu contacto com a utente foi breve, tendo em conta que a utente era totalmente autónoma e pouco tempo passava na unidade. Contudo, o facto de a utente constituir um dos casos de sucesso de reabilitação e ter assistido a um atendimento com a Enfermeira EESMP despertou a minha curiosidade em conhecer a sua história e o seu percurso de recuperação. A utente com diagnóstico de Transtorno bipolar, foi internada em 2022 por descompensação da doença mental. A utente tem uma filha, sendo a mãe da utente detentora das responsabilidades parentais. A recuperação da utente, segundo Enfermeira EESMP, foi gradual e consistente. Após compensação clínica da doença mental a utente retomou a sua autonomia e funcionalidade. Em reunião de equipa multidisciplinar composta por Médico Psiquiatra, Enfermeira EESMP, Assistente Social, Psicóloga e Monitora, avaliaram o processo de reabilitação da utente e consideraram que tinha critérios para transferência para a residência.

A situação da utente apresentou contornos particulares demonstrando que a recuperação pode enfrentar reais dificuldades e fez emergir exemplos de fatores redutores desta mesma recuperação: a falta de literacia em saúde mental, a falta de acompanhamento às famílias da pessoa com DMG e o estigma/ discriminação inerentes à doença mental.

Após estabilização clínica a utente foi alvo de abandono por parte da família que recusou a alta da utente.

Depois de recuperar a sua total autonomia e funcionalidade, surgiu uma oportunidade de emprego. Mesmo possuindo as competências necessárias foi-lhe negado o emprego por apresentar DMG, tendo sido alvo de estigma e discriminação.

Esta realidade particular, mas reflexo de uma realidade coletiva veio mais uma vez reforçar a importância do papel do Enfermeiro EESMP e em particular do papel do Enfermeiro EESMP na comunidade. Como enfermeira a desempenhar funções numa UCC tomei consciência da responsabilidade enquanto Enfermeiro EESMP de munir as pessoas de conhecimentos para uma ação informada que promova a recuperação da

pessoa, o aumento da literacia em saúde mental da pessoa/família/comunidade e por consequência a redução do estigma associado à doença mental e aos tratamentos.

Neste seguimento, destacam-se duas áreas de intervenção fulcrais, o combate ao estigma associado aos processos de adoecer mentalmente, bem como a psicoeducação. São duas áreas de excelência onde o Enfermeiro EESMP atua e tem uma intervenção efetiva na melhoria da Literacia em saúde mental em todos os contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A abordagem da psicoeducação não se circunscreve à transmissão de informação e de conhecimento sobre a doença, quer às pessoas, à família e à comunidade, mas consiste principalmente em ajudar a compreender e dar sentido à experiência vivida e, deste modo, permitir que essa compreensão influencie positivamente o decurso da doença e do seu quotidiano (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Neste estágio, tive mais uma vez a oportunidade de desenvolver as competências de Enfermeiro EESMP. Apesar das competências serem as mesmas, o contexto e as experiências vivenciadas distintas justificam que sejam desenvolvidas de uma forma diferente.

No âmbito da competência b) foi possível ao longo do estágio dar resposta às três unidades de competências.

No início do estágio, junto do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira EESMP, procurei, identificar as necessidades e dificuldades sentidas na prestação de cuidados e perceber como poderia contribuir para a melhoria da qualidade da mesma. Desta partilha, emergiu a importância de uma intervenção no âmbito da gestão de problemas e da gestão de conflitos. Para atestar e comprovar esta necessidade foi “executada uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo “(F2.1) no contexto da unidade.

O Enfermeiro Chefe e a Enfermeira EESMP identificaram 6 utentes. Foi realizada uma entrevista individual a cada utente com objetivo de avaliar as dificuldades sentidas na gestão de problemas e na gestão de conflitos, avaliar a capacidade de tomada de decisão e por consequência definir se seria pertinente desenvolver um projeto nesta área. Dos relatos sobressaiu a dificuldade das utentes em gerir eficazmente os problemas do dia a dia, em resolvê-los, em gerir conflitos entre utentes e entre utentes e equipa multidisciplinar. O instrumento de avaliação diagnóstico escolhido foi NOC: Tomada de decisão e o diagnóstico identificado foi: Tomada de decisão efetiva comprometida. Com esta entrevista dei resposta aos critérios de avaliação (F2.1.2) e (F2.2.1).

Após a avaliação inicial e dos resultados da aplicação do instrumento de avaliação foi identificado o problema: falta de procedimentos uniformizados no âmbito da resolução

de problemas e gestão de conflitos que garantam uma melhoria na organização funcional da unidade, permita a diminuição de conflitos entre utentes e promova um melhor ambiente, uma maior satisfação das utentes e elementos da equipa multidisciplinar. Com intuito de resolver este problema foi elaborado o projeto “Simplifica” (apêndice 12) e assim “realizado e implementado o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo” (F3.3).

As habilidades de resolução de problemas referem-se ao conjunto de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais uma pessoa tenta descobrir ou desenvolver soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real. (Eskin, 2012 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A pessoa com alteração ou perturbação mental, está mais vulnerável e frágil, a sua liberdade e autonomia podem estar comprometidas e por consequência apresentar dificuldade em manter papéis sociais, em autorregular-se, tomar decisões, resolver problemas e gerir relações interpessoais.

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros EESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O Enfermeiro EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Considerando a resolução de problemas e a gestão de conflitos um desafio no dia-a-dia da pessoa com doença mental, podemos concluir que os utentes com doença mental irão beneficiar de intervenção especializada nessa área. Assim é importante que sejam desenvolvidas pelo Enfermeiro EESMP intervenções psicoterapêuticas que promovam a resolução de problemas e gestão de conflitos.

De acordo com a pesquisa bibliográfica, a intervenção psicoterapêutica no âmbito da gestão de resolução de problemas e gestão de conflitos em utentes com alteração mental pode melhorar a qualidade de vida das mesmas.

No momento do estágio, verificou-se que as utentes apresentavam dificuldade na resolução de problemas e gestão de conflitos, realidade que destabilizava a dinâmica do serviço e constituía um desafio e uma preocupação para a equipa multidisciplinar. Identificava-se a falta de um procedimento uniforme, por parte da equipa multidisciplinar, que permitisse estabelecer uma linha orientadora e consensual na resolução dos problemas mais frequentes sentidos pelas utentes e na gestão de conflitos entre utentes e entre utentes e equipa multidisciplinar. Neste contexto, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das utentes e facilitar a intervenção da equipa multidisciplinar, foi

considerado que seria uma mais-valia, através de intervenção psicoterapêutica e da implementação de um programa de psicoeducação dotar as utentes de estratégias para a resolução de problemas e gestão de conflitos e implementar no serviço um procedimento uniforme da resolução dos problemas mais frequentes.

Neste contexto, foi elaborado o projeto “Simplifica”. Este integra um programa de psicoeducação (apêndice 12): “Aprender a Gerir” e duas formações: uma à equipa não clínica e outra à equipa de enfermagem. O projeto irá abranger todas as utentes da unidade com critérios de inclusão. O programa de psicoeducação será realizado em grupos de 6 utentes.

Juntamente com a colega de estágio aplicamos o projeto a um primeiro grupo. A Enfermeira EESMP da unidade irá dar continuidade ao projeto. O tempo previsto para a implementação do projeto é de 4 meses, tendo sido elaborado um cronograma (apêndice 12) que orienta a intervenção.

O programa de psicoeducação inclui 3 sessões, de 60 min realizadas semanalmente. As 3 sessões intitulam-se: “Aprender a Resolver”, “Eu e Os outros” e “VIVER com saúde mental na unidade...” (apêndice 12).

Ao longo da implementação do programa “Aprender a Gerir”, as utentes demonstraram-se extremamente recetivas, colaborantes participando todas com entusiasmo. Foram realizadas várias dinâmicas de quebra-gelo para promoção da coesão grupal, realizadas apresentações em diapositivos, lido o livro “Gosto Tanto de Ti” (Inui, 2023). Com intuito de relembrar os procedimentos a adotar. Foi elaborado um cartaz (apêndice 12): “Com quem devo falar?” com os fluxogramas de resolução dos problemas identificados e afixado na unidade. Foi criado um marcador com os passos da resolução de conflitos e entregue a cada utente. No fim do programa, foi realizada uma avaliação do mesmo através de “Emojis” (apêndice 12), 3 utentes escolheram o emoji Muito Bom e 3 o emoji Excelente. A única dificuldade encontrada na implementação do programa foi, ironicamente, alguma críspação entre duas utentes, tendo sido a oportunidade de implementar/reforçar as estratégias aprendidas em locus.

No fim do programa, foi aplicado o instrumento NOC Tomada de decisão, os scores obtidos foram todos superiores aos iniciais revelando melhoria na capacidade de tomada de decisão. Um mês após o término do programa “Aprender a gerir” a Enfermeira EESMP irá realizar *Follow up*.

As formações realizadas à equipa não clínica e de enfermagem tiveram por finalidade, apresentar o projeto e os seus objetivos à equipa multidisciplinar, os procedimentos e as estratégias definidas, assim como dar conta do impacto da implementação do programa de psicoeducação às utentes (apêndice 12). A equipa multidisciplinar demonstrou-se muito recetiva, totalmente colaborante no sentido de ajudar na

implementação do projeto aguardando com grandes expectativas os resultados obtidos e com esperança de melhoria efetiva da qualidade de vida e de trabalho da unidade.

Com a elaboração deste projeto foi possível “promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (F4.3). O projeto “Simplifica” promove a recuperação da pessoa através da aquisição de competências na área da gestão de conflitos e de resolução de problemas tornando as utentes mais autónomas e mais funcionais.

Neste estágio, acompanhei duas utentes. Ambas apresentavam Perturbação da Personalidade. A avaliação inicial a cada uma foi realizada através da entrevista clínica dando resposta à unidade de competência (F2.2). Em ambas as entrevistas foi possível estabelecer uma relação terapêutica, no entanto como foi feita referência num capítulo anterior uma das utentes apresentava, por consequência da sua patologia, perturbação da personalidade, características manipuladoras associadas a constantes mentiras que obrigou a uma constante readaptação da intervenção e constituiu um real desafio na criação da relação terapêutica e de confiança.

Após a recolha de dados, que foi produtiva em ambos os casos, foram identificados os diagnósticos, realizado e implementado um plano de cuidados individualizado (F3.1) e (F3.4).

No caso das duas utentes eram evidentes as limitações e as sequelas da DMG. Ambas apresentavam reduzido potencial reabilitador e de recuperação.

A reabilitação psicossocial permite à pessoa com doença mental atingir o seu máximo potencial de saúde.

A recuperação (recovery) não deve ser entendida enquanto remissão dos sintomas ou como resultado estático. A recuperação consiste num processo em que a pessoa reconquista o controlo da sua vida pela reconquista de esperança, da autoconfiança e de uma participação social nos deferentes contextos que integra (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No caso das duas utentes, a recuperação da funcionalidade e de autonomia que lhes permitem o controlo sobre a sua própria vida não será provavelmente possível devido a evolução da patologia e às sequelas visíveis que tornam as utentes totalmente dependentes de terceiros. A impossibilidade de integração familiar diante da dependência, das limitações consequentes da DMG justifica um longo internamento impossibilitando uma alta. Diante deste contexto a minha abordagem consistiu em promover o máximo de autonomia possível limitado ao contexto da instituição.

Uma das utentes tinha 40 anos, diagnóstico de Perturbação da Personalidade

No decorrer da entrevista foi notável no discurso da utente uma alteração da cognição, que se confirmou após a aplicação de instrumentos de avaliação diagnóstica:

- MOCA
- Teste do Relógio
- Índice de Barthel

O diagnóstico identificado foi:

- Cognição comprometida

Diante deste diagnóstico foi realizado e implementado um plano cuidados individualizado e dado resposta ao critério de avaliação (F3.4.5).

Em relação à segunda utente após a realização da avaliação inicial e aplicação dos instrumentos de avaliação diagnóstica:

- NOC; Capacidade de Interação Social
- MOCA
- Teste do Relógio
- Índice de Barthel

Foram identificados os seguintes diagnósticos:

- Comportamento comprometido
- Cognição comprometida

Face a estes diagnósticos foi realizado e implementado um plano cuidados individualizado e dado resposta ao critério de avaliação (F4.3.5).

No âmbito da intervenção à primeira utente, foi possível desenvolver à unidade de competência (F4.2). A intervenção psicoterapêutica escolhida para dar resposta ao diagnóstico de Cognição Comprometida foi:

- Estimulação Cognitiva

Assim, foi elaborado e implementado um programa de estimulação cognitiva com 6 sessões com o objetivo de manter ou melhorar a cognição (apêndice 13). As áreas identificadas como mais afetadas foram a memória à longo prazo e o cálculo. Observava-se uma profunda dificuldade da parte da utente em se lembrar de elementos (animais e objetos) ou de realizar tarefas (cálculo) que exigiam memória a longo prazo. O exemplo dos animais foi gritante, a utente não se lembrava de alguns animais e confundia por exemplo um leão com um crocodilo, mas do gato e do cão que integram o seu dia a dia lembrava-se sem dificuldade. O programa de Estimulação Cognitiva incluiu exercícios práticos do Manual da associação Alzheimer Portugal “Juntos Criamos. Exercícios de Estimulação e Criatividade” e do Manual do COGWEB-treino

cognitivo *online*, nível 1, 2 e 3. Os exercícios foram escolhidos em função das áreas de preferência da utente e ao longo das sessões foi aumentado o grau de dificuldade.

A utente demonstrou-se extremamente recetiva a toda intervenção pois esta constituía uma oportunidade de se manter ocupada e de comunicar. Ao longo das sessões foi notória que a utente tinha consciência das suas lacunas de memória, através de comentários como “Eu sabia isto tão bem e agora não sei” tendo sido fundamental a criação de uma relação terapêutica com base na compreensão, na empatia e na escuta ativa. A utente realizou com entusiasmo e sem dificuldade as tarefas de casa solicitadas.

Este acompanhamento foi muito gratificante, não só pelos resultados positivos traduzidos nos scores após a aplicação dos instrumentos de avaliação, mas principalmente pela satisfação evidente da utente em toda a aplicação do programa. Após término da intervenção, por considerar benéfica foi sugerido à Enfermeira EESMP da unidade à sua continuidade.

Mais uma vez neste estágio foi percecionado a importância da intervenção familiar. No início do meu estágio antes de iniciar o acompanhamento à utente, participei numa reunião familiar na qual estavam presentes o enfermeiro chefe e a Enfermeira EESMP da unidade, o médico psiquiatra e a mãe da utente. Esta reunião tinha por objetivo esclarecer dúvidas à mãe que demonstrava incompreensão e resistência à intervenção de toda a equipa multidisciplinar. Esta intervenção, mais uma vez, realçou o poder da comunicação assertiva, da importância do uso das técnicas terapêuticas de comunicação, escuta ativa, empatia, explicação e informação assim como do valor da relação terapêutica com a família. A mãe no fim da reunião apresentava uma postura totalmente diferente, tinha esclarecido as dúvidas e partilhado sofrimento relacionado com a DMG da filha tendo sido quebradas as barreiras de resistência e de revolta. Uma relação terapêutica eficaz iniciou nesse momento. Esta experiência demonstrou a importância do papel do Enfermeiro EESMP na intervenção familiar de um utente com DMG.

No caso da segunda utente, foi desenvolvida a unidade de competência (F4.2) com a implementação das intervenções psicoterapêuticas:

- Estimulação Cognitiva
- Técnica de Modificação de Comportamento

e assim dada resposta aos diagnósticos Cognição Comprometida e Comportamento Comprometido.

A utente integrou, por apresentar critérios de inclusão, o projeto “Simplifica” tendo participado no programa de psicoeducação “Aprender a Gerir”.

Como foi referido neste relatório todo o processo de acompanhamento à utente, as exigências inerentes às características de personalidade, destacando o poder de manipulação da utente constituíram um verdadeiro desafio por um lado mas uma real aprendizagem por outro.

A utente, de 29 anos, apresentava Perturbação da Personalidade, encontrava-se internada na unidade desde os 19 anos. Os pais eram separados, a sua referência era a mãe por quem nutria uma grande admiração. As visitas da mãe e do irmão eram escassas. Observava-se uma grande carência afetiva. Após estabilização clínica no início do internamento, a utente apresentou comportamentos adequados. No entanto, segundo a Enfermeira EESMP, cerca de 1 mês antes de eu iniciar o estágio a utente adotou comportamentos desajustados. “pedir dinheiro” às colegas e às visitas dos utentes internados nos corredores para tomar café, beber café das colegas e envolver-se em conflitos com as colegas quando ajudavam a fisioterapeuta. Estes comportamentos desapropriados destabilizavam toda a dinâmica da unidade onde estava internada e a dinâmica de toda a instituição, desgastava a relação da utente com as colegas e com a equipa multidisciplinar.

Neste seguimento, os comportamentos desajustados constituíram o foco da intervenção. Com vista a substituir os comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados a intervenção psicoterapêutica utilizada foi a Modificação do Comportamento.

A Modificação do Comportamento consiste numa intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que visa a “Promoção de mudança comportamental” (Butcher et al., 2018 cit., por OE, 2023).

De acordo com a perspetiva de aprendizagem, os comportamentos podem ser aprendidos/modificados através do condicionamento clássico (aprendizagem associativa), do condicionamento operante (reforços positivos/negativos) da aprendizagem por observação ou de processo cognitivos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Esta intervenção foi desenvolvida com base no procedimento apresentado no Guia Orientador de Boas Práticas da (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Neste seguimento, foi criado e executado um programa de modificação de comportamentos com 7 sessões (apêndice 14). A utente com evidente necessidade de atenção, demonstrou-se totalmente receptiva e colaborante na medida em que as características inerentes à sua patologia o permitiam. Apesar de um contexto de manipulação foi criada uma relação terapêutica que permitiu que a utente assumisse as mentiras contrariando a manipulação.

No decorrer das sessões, foram utilizadas diversas técnicas: Treino de autocontrolo, Construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais, Contrato terapêutico e Role-play.

O “Treino de Autocontrolo” consiste num conjunto de estratégias para que a pessoa controle o seu próprio comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na técnica de “Construção de Hierarquias e Atribuição de Tarefas Graduais”, o terapeuta estimula o utente a fazer uma lista de estímulos que estão na base do comportamento em causa e ordena-os conforme a intensidade de modo a permitir uma abordagem gradual do confronto com o objeto/acontecimento ameaçador (Sequeira & Sampaio, 2020).

O Contrato terapêutico consiste numa técnica na qual se discute um acordo e se faz um contrato no qual é especificado os comportamentos, recompensas e reforços negativos necessários para a efetivação da mudança (Sequeira & Sampaio, 2020).

A utente aderiu a todas as técnicas com facilidade tendo sido as técnicas de “Contrato Terapêutico” e o Role-play obter melhores resultados.

No entanto, a dificuldade da utente no autocontrolo, justificou o incumprimento de medidas acordadas, o que obrigou a um reajuste constante do programa.

Dado que as medidas tomadas para controlar e conter os comportamentos da utente exigiam o envolvimento de toda equipa e por consequência interferiam na organização do trabalho da mesma, todas as decisões foram tomadas em articulação com o. Enf. Chefe e a Enfermeira EESMP da unidade. Como a utente ajudava a fisioterapeuta, houve a necessidade de envolver esse profissional em todos o processo. A restante equipa multidisciplinar foi envolvida na monitorização dos comportamentos e nos registos dos mesmos, o que exigiu o envolvimento e dedicação desta equipa.

Este acompanhamento veio reforçar a importância decisiva do trabalho em rede, do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Esta organização e tomada de decisão em rede, foram exigentes e desgastantes, mas fundamentais na tentativa de alterar os comportamentos da utente.

Durante o processo houve avanços e recuos. Este acompanhamento constituiu um verdadeiro desafio na medida em que exigiu uma constante adaptação da intervenção, da relação terapêutica, de mim como instrumento terapêutico por um lado e por outro consistiu numa real aprendizagem no sentido em que realçou limitações do Enfermeiro EESMP e exigiu gerir a frustração para o insucesso.

Dado que a utente ainda apresentava comportamentos desajustados que interferiam com a dinâmica das utentes/ equipa multidisciplinar da unidade e a dinâmica da instituição, a Enfermeira EESMP iria dar continuidade à intervenção.

Com a implementação do programa de Modificação do Comportamento foi dada resposta aos Critérios de Avaliação: (F4.2.2), (F4.2.3), (F4.2.4) e (F4.2.5).

Ao longo do programa de Modificação do Comportamento foi percecionado uma alteração da cognição que se evidenciou após a aplicação dos instrumentos de avaliação. Neste contexto, foi elaborado um programa de Estimulação Cognitiva (apêndice 15) ao qual a utente aderiu totalmente. Os exercícios provenientes do Manual da Associação Alzheimer Portugal e do Manual do COGWEB-treino cognitivo online, nível 1, 2 e 3 foram escolhidos em função das preferências da utente que realizou os TPC com ânimo e dedicação. A aplicação dos instrumentos de avaliação no fim do programa revelou melhoria dos scores.

No fim do estágio, tendo em conta os benefícios obtidos, a Enfermeira EESMP da unidade comprometeu-se a dar continuidade à intervenção no âmbito da Estimulação Cognitiva.

Este estágio, correspondeu ao meu primeiro contacto com a DMG tendo permitido tomar consciência da importância da intervenção do Enfermeiro EESMP na pessoa com DMG, das limitações desta mesma intervenção assim como do valor da reabilitação psicossocial no contexto de internamento e na comunidade.

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

Ao longo deste capítulo irei demonstrar de que modo a componente clínica contribuiu para um crescimento pessoal e profissional como futura Enfermeira EESMP.

Na minha prática profissional como enfermeira que integra uma UCC, fui gradualmente contactando com a área da saúde mental através dos projetos que desenvolvo: consultas de desabitação tabágica e educação para a saúde nas escolas no âmbito do álcool e do tabaco. Com estas experiências senti a necessidade de melhorar os meus conhecimentos e de me especializar na área da saúde mental e psiquiátrica.

Na minha vivência diária com colegas especialistas das diversas áreas, sempre ouvi, que a especialidade abre horizontes. Agora, após um caminho de 18 meses de uma verdadeira e extraordinária aprendizagem estou em condição de dizer que o mestrado/especialidade me abriu “a mente e a alma”.

Se a parte inicial, da componente teórica constituiu uma base sólida de saber e de segurança na prestação de cuidados, a componente prática constituiu uma fabulosa experiência profissional, mas principalmente humana.

Como, já referido anteriormente quando iniciei a componente prática, senti medo, diria até, algo de inconsciente relacionado com uma possível incapacidade de lidar com a

mente do outro, mais propriamente com o sofrimento do Outro. No entanto, rapidamente, senti e verifiquei que tudo o que tinha aprendido, aliado à minha experiência profissional de 20 anos, constitui extraordinárias e sólidas ferramentas que me dotam de segurança e meios para ajudar o Outro, capacitá-lo para se ajudar a si próprio e especialmente para aliviar o seu sofrimento.

Para que a prestação de cuidados especializados por parte do Enfermeiro EESMP à pessoa com doença mental seja de excelência, a sua intervenção deve ter por base um constructo teórico que sustente cientificamente as suas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Como enfermeira já sentia a importância “de mim” na relação terapêutica, no entanto, desde o primeiro dia em estágio “o uso de mim como instrumento terapêutico” adquiriu um significado ainda mais forte.

A relação terapêutica é caracterizada pela confiança e pelo respeito, permitindo deste modo a mudança comportamental, o suporte psicológico, o ensino, a resolução de problemas, a resolução de conflitos e de situações de crise (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A relação terapêutica é um pilar decisivo no cuidado à pessoa com doença mental, é indispensável para criação de um clima de confiança, de respeito, de honestidade e de empatia. Num contexto em que a pessoa se encontra frequentemente fragilizada, vulnerável e em sofrimento o sentir que um profissional com competências especializadas está totalmente disponível e capaz de ajudar pode fazer toda a diferença. A relação terapêutica é o ponto de partida para todo o processo de ajuda.

As vivências dos estágios demonstraram que a relação terapêutica influencia a forma como evolui todo o processo e é responsável pelo sucesso da intervenção, mas também demonstraram que limitações, obstáculos inerentes à patologia ou à características da própria pessoa podem dificultar a criação da mesma e limitar a intervenção.

Os desafios sentidos neste âmbito ao longo da componente clínica obrigaram-me a tomar consciência das dificuldades que o Enfermeiro EESMP pode enfrentar, das frustrações que pode sentir, tomar consciência do potencial enquanto pessoa e enquanto Enfermeiro EESMP em gerir, aceitar e ultrapassar os obstáculos que podem surgir.

A pessoa em sofrimento mental está frequentemente “a nu”, o que nos remete para a fragilidade humana e para a nossa própria fragilidade exigindo um autocontrolo rigoroso, gestão das nossas emoções e dos nossos sentimentos e por consequência um real conhecimento do “eu” para conseguir “gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si na relação terapêutica”. Vários foram os momentos desafiantes durante a componente clínica que exigiram um

reajuste de mim como pessoa e como Enfermeiro EESMP, exigiram mobilizar habilidades adaptativas e culminaram num palpável crescimento como pessoa e como profissional.

Ao longo desta aprendizagem, conceitos teóricos adquiriram significados práticos e importância palpável. Um dos exemplos, gritante, foi o impacto da comunicação terapêutica em saúde mental.

A comunicação terapêutica consiste na utilização do conhecimento sobre comunicação, estabelecendo uma relação efetiva, de confiança e uma interação comunicativa intencional com a pessoa de modo a ajudá-la a enfrentar os seus problemas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na comunicação terapêutica o profissional de saúde utiliza um conjunto de técnicas/habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a relacionarem-se melhor consigo e com os outros e a adaptarem-se à sua condição de saúde e contexto de vida (Sequeira & Sampaio, 2020).

Ao longo da minha aprendizagem senti muito rapidamente que a mobilização correta de todas as técnicas de comunicação aprendidas foram indispensáveis para estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

As técnicas de comunicação, quando utilizadas adequadamente, são fundamentais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica uma vez que toda a comunicação é comportamento e toda a comunicação afeta o comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

As técnicas de comunicação constituíram verdadeiras aliadas sem as quais não tinha sido possível a criação das relações terapêuticas, em algumas situações permitiram contornar e ultrapassar obstáculos e resistências inerentes à doença mental.

A escuta ativa revelou-se uma poderosa ferramenta de comunicação na medida em que “serve para transmitir interesse sobre as necessidades, inquietações, e problemas do utente, bem como para demonstrar que ele é aceite e respeitado como um ser humano, ou seja, que é reconhecido pelo profissional como uma pessoa” (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em todos os acompanhamentos senti que era determinante que a pessoa que se encontrava numa condição vulnerável se sentisse ouvida, senti que a escuta ativa proporcionou um ambiente de entrega, de partilha de emoções e sentimentos. A escuta ativa refletiu disponibilidade, compreensão, respeito e aceitação tendo potenciado a efetividade da intervenção.

Desde o primeiro dia de mestrado e ao longo de toda a aprendizagem consciente e inconscientemente estabeleci sempre uma ponte entre o que eu estava a aprender e a

minha realidade profissional. Como enfermeira a desenvolver funções numa UCC, estava ansiosa por descobrir qual seria o meu contributo como Enfermeiro EESMP na comunidade. Não só durante o estágio numa UCC, mas em todos os estágios, indireta ou indiretamente sobressaiu a importância da intervenção comunitária.

A prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, facilita a reabilitação e a inserção social da pessoa, evitando o afastamento das pessoas das suas casas, família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Os cuidados prestados devem ser orientados para a comunidade, recorrendo-se aos serviços hospitalares apenas quando necessário e com a menor duração possível. À pessoa com doença mental devem ser prestados cuidados que fomentem a sua integração na sociedade, com cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação) (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Nesta continuidade, o papel de um enfermeiro EESMP na comunidade e em particular numa UCC pode ser decisivo. Ao longo dos estágios foi perceptível que a proximidade do Enfermeiro EESMP na comunidade permite uma intervenção especializada precoce, diminuindo o agravamento da doença mental e possíveis sequelas irreversíveis facilitando o empoderamento e a recuperação da pessoa, a melhoria efetiva da sua qualidade de vida resultando em ganhos em saúde para a pessoa, família e comunidade.

Como enfermeira que integra uma UCC, reconheço a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença na sua vertente mais comunitária.

A promoção de saúde é um processo social e político abrangente, que não abarca apenas a ação dirigida à mudança das condições sociais, ambientais e económicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e na saúde das pessoas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Após a aquisição de conhecimentos teóricos no âmbito da prevenção da doença e da promoção da saúde mental, permitiu-me desenvolver e implementar um programa de promoção em saúde mental, no decorrer do estágio, encontro-me agora em condição de reconhecer o papel do Enfermeiro EESMP, como promotor de saúde mental. Esta experiência despertou a vontade de continuar a intervir na área da promoção em saúde mental como Enfermeiro EESMP de uma UCC, despertou-me para a importância da promoção da saúde mental e para a importância da integração da saúde mental em todas as políticas de saúde.

A resposta às necessidades de saúde mental de uma determinada comunidade só será efetiva se for desenhada tendo em consideração as suas características específicas. É necessário pensar, sentir e refletir a comunidade onde a intervenção pretende ser realizada. Cada região deve ter uma política de saúde mental abrangente salientando a

importância de reforçar a promoção em saúde mental e de prevenção dos distúrbios mentais (Conselho de Ministros, 2008).

Neste sentido, a comunidade deveria aproveitar as competências dos Enfermeiros EESMP, perceber o benefício dos enfermeiros como promotor em saúde mental, com competências consolidadas trabalhando como base na evidencia e para ganhos em saúde, garantindo às populações os saberes e os fazeres necessários a uma verdadeira estratégia de promoção de saúde mental e de prevenção de doença mental (Sequeira & Sampaio, 2020).

Consciente do longo caminho a percorrer, cabe a cada Enfermeiro EESMP demonstrar o papel diferenciado do Enfermeiro EESMP como promotor em saúde mental, como Enfermeiro EESMP de uma UCC comprometo-me a promovê-lo.

No decorrer do terceiro estágio, como referido no capítulo destinado a esse fim, deparei-me com a injustiça do estigma e discriminação dirigida à pessoa com doença mental. Tal vivência evidenciou a importância da literacia em saúde mental e reforçou o papel fundamental do Enfermeiro EESMP no aumento da literacia em saúde mental na comunidade.

As pessoas na comunidade desconhecem o que podem fazer para prevenir, retardar, evitar, assim como procurar ajuda no tratamento das doenças mentais. A desconfiança em relação aos tratamentos propostos e a insegurança na forma como podem ajudar o que sofrem de doenças mentais são outros aspetos desconhecidos pela população (Jorm, 2012).

Assim, é urgente intervir no âmbito comunitário em literacia em saúde mental.

A literacia em saúde mental é fundamental para adoção de comportamentos ligados à prevenção e manutenção da saúde mental. É através dela que se promove o reconhecimento de defeitos no bem-estar do próprio ou de quem o rodeia, se reconhecem soluções para atuações atempadas e se reduz o estigma associado à doença e aos tratamentos que lhe estão associados (Ordem dos Enfermeiros, 2021)

O Enfermeiro EESMP pode concretizar esta boa prática através de uma intervenção comunitária. Mais uma vez como Enfermeira EESMP de uma UCC terei a oportunidade promover a literacia em saúde mental. promover a saúde mental e prevenir a doença mental bem como combater o estigma e a discriminação.

Em todo o processo de aprendizagem, desde a componente teórica até a componente prática, a área de aprendizagem que mais me fascinou foi o modelo de intervenção psicoterapêutico em enfermagem: intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Estas intervenções estruturadas, definidas constituem poderosas ferramentas, pois permite ao Enfermeiro EESMP ser facilitador

no processo de modificação de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais da pessoa (Sampaio, et al., 2018).

Confesso que inicialmente a necessidade de estruturar todas as intervenções, assustou-me e requereu um esforço considerável. No entanto, logo no primeiro estágio tornou-se evidente que as intervenções constituem aliadas imprescindíveis para uma prestação de cuidados estruturada, organizada, pensada e segura. Ao longo dos três estágios, tive o privilégio de viver experiências enriquecedoras, de acompanhar utentes com necessidades distintas, em diversos contextos, tendo tido a sorte de poder implementar vários tipos de intervenção psicoterapêutica ao longo de todo o ciclo vital. Este modelo psicoterapêutico irá acompanhar-me em todo o meu exercício profissional enquanto Enfermeira EESMP.

O trabalho multidisciplinar reveste de extrema importância por ser um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais com formação e competências complementares, mas que partilham objetivos comuns na avaliação, e no planeamento dos cuidados prestados à pessoa. Implica colaboração interdependente, comunicação aberta e tomada de decisão partilhada. Assim, cada profissional contribui com os conhecimentos científicos e competências que lhe são inerentes, mas também com os conhecimentos tácitos e experiências anteriores para se alcançar a recuperação da pessoa doente. O Enfermeiro, como membro da equipa de saúde assume o dever de atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de intervenção de cada uma e de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A experiência vivida em estágio, em contextos diferentes, permitiu descobrir o quanto é necessário e importante o Enfermeiro EESMP trabalhar em equipa.

A vulnerabilidade da pessoa com perturbação mental/doença mental e consequente dificuldade na tomada de decisão assim como possíveis comportamentos desajustados dos utentes justificam a especificidade da prestação de cuidados à pessoa com perturbação mental/doença mental. Neste contexto, o trabalho em equipa ganha um significado particular. As decisões devem ser consertadas e partilhadas por todos os membros da equipa e todos devem estar em sintonia permitindo uma abordagem coesa e consistente. A intervenção de cada membro da equipa encontra-se interligada e influencia a intervenção do outro. Neste sentido é fundamental que a comunicação seja clara e objetiva no seio da equipa. Foram várias as situações em que a minha intervenção dependia da intervenção de outros e as decisões tomadas influenciavam o trabalho efetivo de outros. Foi necessário uma interligação diária e tomadas de decisões conjuntas. Esta realidade despertou-me, igualmente, para a importância de existirem

mais que um Enfermeiro EESMP no seio de uma equipa de modo a contribuir para uma prestação de cuidados especializada de qualidade.

Para além, da importância do trabalho multidisciplinar, tornou-se igualmente evidente, a relevância do trabalho interdisciplinar. Os conhecimentos, saberes e experiências partilhados pelos Enfermeiros EESMP dos diversos contextos foram essenciais e decisivos para a minha aprendizagem. Em todos os estágios, foi-me concedida total autonomia sentindo-me parte integrante da equipa interdisciplinar e multidisciplinar.

Em conclusão, a componente prática constituiu uma verdadeira e extraordinária aventura profissional e humana. Por um lado, reforcei e adquiri conhecimentos efetivos, consegui desenvolver a totalidade das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, por outro lado considero que o crescimento como pessoa foi inestimável. Cuidar de uma pessoa com perturbação mental/doença mental constituiu um processo desafiante, intenso e extremamente enriquecedor e permitiu, principalmente, a sensação inigualável de aliviar o sofrimento do Outro.

PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro EESMP incorpore continuamente as novas descobertas de investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem a aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste seguimento, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com recurso ao método da Revisão Integrativa da Literatura foi realizado, durante a componente teórica um estudo: Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica.

Nos capítulos seguintes será apresentado a revisão integrativa do estudo em questão e o programa de Relaxamento Muscular Progressivo implementado e respetivos resultados.

1. Revisão Integrativa da Literatura: Eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na Cessação Tabágica.

O tabagismo é considerado um grave problema de Saúde Pública, constituindo uma das principais causas evitáveis de morbidade, incapacidade e mortalidade. É uma das principais causas morte prematura e de desenvolvimento de numerosas doenças, das quais se destacam as neoplasias em diversas localizações, as doenças do foro respiratório e cardiovascular (Martinet & Bohadana, 2003).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2024) morrem por ano cerca de 8,2 milhões de pessoas, das quais cerca de 7 milhões devido ao consumo de tabaco e 1,2 milhões devido à exposição ao fumo ambiental. Todas as formas de tabaco são nocivas à saúde, não existindo um nível seguro de exposição.

O tabagismo impõe um pesado fardo a toda a sociedade, não só em perda de vidas e sofrimento humano, mas também em elevados custos para o Estado e as famílias, em medicamentos e serviços de saúde, absentismo e perda de produtividade económica (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial, o investimento na cessação tabágica é considerado o método mais eficaz para alcançar melhores indicadores de saúde, a curto e a médio prazo, relacionados com o consumo de tabaco (Prahbat & Chaloupka, 1999).

A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual. Promove benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco.

O tratamento farmacológico é importante e, muitas vezes, necessário na cessação tabágica, contribuindo para a diminuição dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. No entanto, as medidas não farmacológicas são também de extrema importância para garantir o sucesso do tratamento, quer a médio quer a longo prazo. O tratamento não farmacológico, pode ser usado como tratamento de suporte ou mesmo alternativo (Diogo, 2016).

Entre os tratamentos não farmacológicos destacam-se estratégias focadas nas mudanças cognitivo- comportamentais. O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de *stress* (Payne, Técnicas de Relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde, 2009).

O relaxamento permite à pessoa desenvolver a capacidade de lidar com os sintomas físicos que contribuem para a ansiedade de uma forma mais eficaz, visando a redução dos estímulos e das perceções associadas ao sistema sensorial do corpo (Elias, 2014).

Uma das técnicas de relaxamento mais conhecida é a técnica de Relaxamento Muscular progressivo de Jacobson. O Relaxamento muscular progressivo foi uma das primeiras técnicas de relaxamento que surgiu na literatura, na década de 30 do século XX.

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson é uma técnica de fácil aprendizagem e aplicação, que consiste em contrair e relaxar sistematicamente diferentes grupos musculares a fim de obter o alívio da tensão e o aumento da sensação de bem-estar (Serra, 2002 citado por Almeida, et al., 2020).

O relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados (Payne et al., 2003).

O relaxamento muscular progressivo constitui um método que propõe reduzir a tensão, através da contração e descontração dos músculos, com o objetivo de reduzir ansiedade, *stress* e sintomas físicos tais como a fadiga, dores musculares entre outros.

A síndrome de abstinência da nicotina caracteriza-se por uma série de sintomas característicos, como irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono, entre outros. Repetir o consumo é a forma mais fácil e rápida de o consumidor habitual de substâncias em situação de privação se voltar a sentir bem. A manutenção do consumo de tabaco poderá assim ser explicada não só pelos efeitos positivos e agradáveis da nicotina, mas também pela necessidade de reverter os sintomas de abstinência (Direção-Geral da Saúde, 2007).

O processo de cessação tabágica é um processo desafiante e emocionalmente muito exigente. Um dos principais entraves para o êxito do processo é a síndrome de abstinência. Os sintomas da síndrome da abstinência: ansiedade, *stress*, irritabilidade e nervosismo constituem fatores dissuasores da cessação tabágica. Por um lado, desmotivam os fumadores a iniciar a desabitação tabágica por outro, constituem motivos de recaídas. A estratégia de eleição escolhida no combate à síndrome de abstinência é o tratamento farmacológico que tem por objetivo controlar os níveis de ansiedade e de *stress*.

Os benefícios do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson são reconhecidos no controlo da ansiedade e do *stress* sendo considerado um método alternativo ao tratamento farmacológico. Neste seguimento seria interessante, pesquisar se existem estudos que comprovam a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica.

Assim, pretende-se com esta revisão integrativa da literatura responder a seguinte pergunta: O Relaxamento Muscular Progressivo é eficaz na cessação tabágica?

MÉTODOS

O método escolhido foi a revisão integrativa da literatura de acordo com as 6 etapas sugeridas por Mendes et al. (2008). A pesquisa teve como pergunta de partida: O Relaxamento Muscular Progressivo é eficaz na cessação tabágica? Os descritores utilizados foram: “muscle relaxation” AND “smoking cessation.” Os estudos foram pesquisados nas bases de dados EBSCOhost (CINAHL e Medline) e Google Scholar, durante o mês de janeiro de 2023.

Para a seleção dos artigos definiu-se como critérios de inclusão: os estudos abordarem o efeito do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica, terem sido publicados entre 2014 e 2022, estarem escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e o texto integral estar disponível de acesso livre. Foram excluídos os artigos que não relacionavam o Relaxamento Muscular Progressivo e a cessação tabágica.

A revisão da literatura teve por base os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente, os artigos foram selecionados após leitura do título e leitura do resumo. Os artigos decorrentes dessa seleção foram lidos na íntegra tendo sido selecionados os artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Na totalidade foram identificados 1000 artigos distribuídos por bases de dados conforme a quadro abaixo:

Base dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados após leitura dos títulos	Artigos selecionados após leitura dos resumos	Artigos selecionados após a leitura integral. Do artigo
Google scholar	995	27	18	3
Ebscohost (CINAHL e Medline)	5	1	1	1
Total	1000	28	19	4

Quadro 2 - Resumo de Artigos por Base de Dados

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 4 artigos foram selecionados: 1 (o artigo é repetido nas bases CINAHL e Medline da EBSCOhost) e 3 no Google Scholar. Os 4 estudos identificados são estudos clínicos randomizados controlados. Na figura 1 abaixo é apresentado o resultado da seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão definidos.

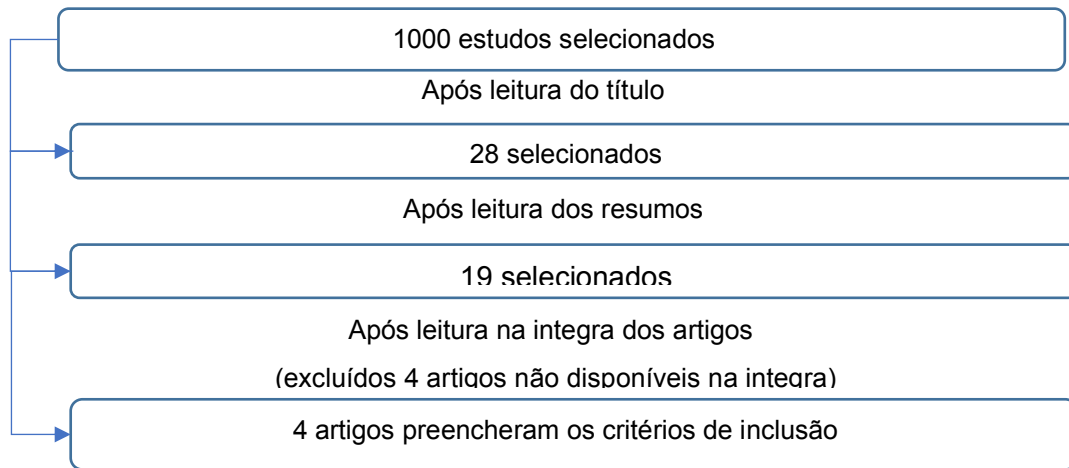


Figura 1 - Seleção de estudos publicados que relacionam o relaxamento muscular progressivo e a cessação tabágica

RESULTADOS

Os estudos identificados foram 4, (n=1 Austrália; n=1 Tailândia; n=1 Hong Kong/China e n=1 USA). Os estudos são todos estudos clínicos randomizados controlados, são quantitativos, os instrumentos de avaliação são diversos, os objetivos de cada estudo são distintos, mas diretamente ou indiretamente relacionam a prática da técnica de relaxamento muscular progressivo e a cessação tabágica. Após uma análise de cada artigo, os dados recolhidos foram organizados num quadro, para cada artigo encontram-se descritos, os autores, a origem, o objetivo, a população alvo, os Instrumentos, o tipo de intervenção e os resultados obtidos.

No quadro 3 abaixo, é apresentado o resumo dos resultados encontrados.

Identificação do Artigo Autores, Título, Origem	Objetivos	População	Método Instrumentos	Tipo de Intervenção/Duração	Resultados (Efeito do RMP na cessação tabágica)
Gender differences in characteristics and outcomes of smokers diagnosed with psychosis participating in a smoking cessation intervention. Sacha, Amanda, Caroline, Richmond, Lewin, & Kulkarni, (2014) Australia	Identificar as diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino em pessoas com diagnóstico de psicose antes e depois de tratamento para deixar de fumar.	298 pessoas diagnosticadas com psicose (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, depressão grave com psicose e outros transtornos psicóticos)	Estudo clínico randomizado controlado The Diagnostic Interview for Psychosis (DIP) (Castle et al., 2006) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) (Ventura et al., 1993) Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck et al., 1998) The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983) The 12-item Short Form Survey (SF-12) (Ware et al., 1996) The Opiate Treatment Index (OTI) (Darke et al., 1991) The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Fagerstrom et al., 1996) Quitting scale (RFQ) (Curry et al., 1990) The 11-item Readiness and Motivation to Quit Smoking Questionnaire (RMQ) (Crittenden et al., 1994)	2 grupos: 1 grupo experimental e 1 grupo de controlo 8 sessões de 1 hora Avaliação aos 3 meses, 6 meses e 12 meses	O RMP constitui uma ferramenta útil na regulação das emoções e na gestão do stress. O RMP associado a uma farmacologia eficaz aumenta a probabilidade do sucesso da cessação tabágica.
Preliminary Effects of Progressive Muscle Relaxation on Cigarette Craving and Withdrawal Symptoms in Experienced Smokers in Acute Cigarette Abstinence: A Randomized Controlled Trial Limsanon & Kalayasiri (2015) Tailandia	Avaliar a eficácia do RMP na redução da vontade de fumar em fumadores submetidos à abstinência aguda do cigarro.	32 fumadores dependentes com idade igual ou superior a 18 anos foram recrutados após propangada e boca a boca	Estudo clínico randomizado controlado The Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA), Sections A (Personal data), B (Medical history), and D (Cigarette)—Thai version (Malison et al., 2011). The Thai version of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) adapted for other substances (Thai PACS-adapted) and Visual Analog Scale (VAS) (Maneesang, Verachai, & Kalayasiri, 2012). Thai PACS-adapted has a high internal consistency (Cronbach's alpha =0.82) and has been used to measure craving in studies of dependence on various substances including inhalants (Maneesang et al., 2012) and alcohol (Chemchujit, & Kalaysiri, 2014). The VAS uses a scale from 0 (not at all) to 10 (most severe) to measure feelings.	Fumadores não fumaram durante 3 horas 2 grupos: 1 grupo de controlo recebeu um jornal para ler durante 20 min 1 grupos experimentais praticaram RMP orientada por um áudio	Os fumadores submetidos a abstinência aguda que praticaram RMP tiveram significativamente menos vontade de fumar, menos sintomas de abstinência e valores de tensão arterial mais baixos em comparação com o grupo de controlo.
Positive psychotherapy for smoking cessation enhanced with text messaging: Protocol for a randomized controlled trial Kahler, Surace, Gordon, Cioe, Spillan, Bock, Brown, (2018) USA	Testar a eficácia	340 fumadores	Estudo clínico randomizado controlado Intervention efficacy is biochemically verified 7-day point-prevalence abstinence at 12-, 26-, and 52-week follow-ups. Carbon monoxide (CO) analysis at baseline, each treatment session, and each follow-up interview. Both CO (cutoff value of <4 ppm) and saliva cotinine radioimmuno assay analysis (cutoff value of ≤15 ng/ml) For those reporting smoking abstinence, but with past 7-day use of other nicotine containing products, abstinence will be verified only by CO. Treatment Strategies Questionnaire at sessions 4–6 to assess frequency of general smoking cessation strategies usage, including planning for high-risk situations, and PPT-consistent strategies. well-validated 9-item scale.	2 grupos: 1 experimental submetido a psicoterapia positiva através de mensagens de texto e aplicação de selo transdérmico de nicotina no contexto de cessação tabágica e 1 grupo de controlo submetido a uma abordagem comportamental padrão em cessação tabágica. O estudo foi de 3 anos e as avaliações às 12, 26 e 52 após cessação.	A prática de relaxamento muscular progressivo não demonstrou melhorar a abstinência tabágica, no entanto foi usada como ferramenta para reduzir o stress.
Brief handgrip and isometric exercise intervention for smoking cessation: A pilot randomized trial Cheung, Lam, Chan, Ho, Fok, Wang, e Li (2020) Hong Kong-China	Avaliar a eficácia de exercícios isométricos na redução da vontade de fumar e na redução dos sintomas de abstinência	208 fumadores	Estudo clínico randomizado controlado Physical activity level measured with short form of International Physical Activity Questionnaire (Lee, Macfarlane, Lam, & Stewart, 2011), nicotine dependence measured with Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Huang, Lin, & Wang, 2006), satisfação com. A intervenção Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) (Yu et al, 2010)	2 grupos: 1 de 108 fumadores consumidores de mais 10 cigarros por dia realizam exercícios isométricos e 1 grupo de 100 fumadores submetidos a uma dieta saudável Intervenção durou 6 meses	Evidências preliminares de benefícios foram observadas no grupo de intervenção se os exercícios foram feitos quando do desejo. Os exercícios isométricos em conjunto com relaxamento muscular progressivo estão relacionados com a diminuição de vontade de fumar.

Quadro 3 - Resumo dos Estudos da Revisão Integrativa

DISCUSSÃO

Na prática clínica, a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo é uma ferramenta utilizada na gestão de *stress* e da ansiedade. O principal objetivo do método é o autocontrolo da respiração e do tónus muscular. O utente aprende através do método ensinado pelo enfermeiro a autor relaxar-se e pode reproduzir a técnica em situações potenciadoras de *stress*. Um dos motivos pelo qual um fumador tem receio de iniciar o processo de cessação tabágica prende-se com a consciência que a ansiedade, o *stress*, sintomas da síndrome de abstinência têm forte probabilidade de surgirem. Com esta revisão pretende-se encontrar estudos que comprovam a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica.

Dos quatro estudos encontrados, três estudos sugerem que a prática de Relaxamento Muscular Progressivo diminui a vontade de fumar, reduz o *stress* no contexto de cessação tabágica, um estudo não evidencia qualquer melhoria, no entanto reforça que a prática de Relaxamento Muscular Progressivo diminui o *stress*.

O estudo de Limsanon & Kalayasiri (2015) refere que o Relaxamento Muscular Progressivo tem um efeito imediato na vontade de fumar em fumadores submetidos a abstinência aguda. Os fumadores que praticaram Relaxamento Muscular Progressivo apresentaram níveis mais baixos de *stress*, de vontade fumar, de sintomas de abstinência e diminuição da Pressão arterial sistólica. Este estudo conclui que o Relaxamento Muscular Progressivo deve ser usado como tratamento complementar no âmbito da cessação tabágica. Este estudo apoia-se em resultados encontrados em estudos anteriores como Cropley et al. (2007), Dickson-spillmann et al. (2013), Frances et al. (2012) que demonstram que técnicas não farmacológicas, exercício de respiração e métodos guiados reduzem a vontade de fumar e os sintomas de abstinência no processo de cessação tabágica. A principal limitação do estudo apontada pelos autores foi o tamanho reduzido da amostra.

O estudo de Cheung, et al. (2020) estuda o impacto dos exercícios isométricos na vontade de fumar e concluiu que a utilização dos exercícios isométricos reduziu significativamente a vontade de fumar. Neste estudo, os autores apoiam-se noutros estudos clínicos randomizados controlados que sugerem que o relaxamento muscular progressivo associado aos exercícios isométricos diminui a vontade de fumar.

O estudo de Sacha, et al. (2014), embora não estude concretamente o impacto do relaxamento muscular progressivo na cessação tabágica, no entanto os autores com base noutros estudos consideram o Relaxamento Muscular Progressivo, a respiração profunda, imagens positivas, distração e regulação de emoções, estratégias eficazes na gestão de *stress*. Os autores apontam que estas estratégias associadas a uma

farmacoterapia eficaz, nos fumadores com diagnóstico de psicose, diminuem o nível de dependência da nicotina e aumenta a probabilidade de sucesso da cessação tabágica.

O estudo Kahler, et al. (2018) aponta o Relaxamento Muscular Progressivo como estratégia de redução de *stress*, mas no estudo realizado foi demonstrado que a sua prática não melhorou a abstinência.

Dos estudos selecionados, três sugerem que o Relaxamento Muscular Progressivo controla o *stress*, reduz a síndrome da abstinência, a vontade de fumar e por consequência facilita o processo de cessação tabágica. A escassez, os tipos/fragilidades dos estudos encontrados não nos permitem concluir que haja evidência científica que comprove a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica. No entanto os estudos revelam resultados positivos.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A revisão da literatura apresentou limitações relacionadas com os critérios de inclusão: a pesquisa estar limitada a dois descritores em inglês, o número reduzido de estudos encontrados que relacionam o Relaxamento Muscular Progressivo e a cessação tabágica, o número limitado de base de dados e de artigos de acesso livre, o intervalo de tempo definido (8 anos) e a escolha de artigos apenas em português, inglês e espanhol.

CONCLUSÃO

A síndrome de abstinência da nicotina caracteriza-se por uma serie de sintomas característicos, como *stress*, irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono, entre outros. A síndrome de abstinência constitui um forte entrave na cessação tabágica e frequentemente é motivo de recaída. No processo de cessação tabágica, o tratamento farmacológico constitui uma ferramenta por vezes decisiva e com ótimos resultados. No entanto, as terapias não farmacológicas podem também ser uma estratégia importante quer como tratamento de suporte ou como tratamento alternativo. O Relaxamento Muscular Progressivo, permite à pessoa lidar com ansiedade e o *stress* de uma forma eficaz. Os resultados da revisão da literatura sugerem que o Relaxamento Muscular Progressivo controla o *stress*, reduz a síndrome da abstinência, a vontade de fumar e por consequência facilita o processo de cessação tabágica. No entanto, a escassez e o tipo/fragilidade de estudos pressupõem que ainda não existe evidência científica que sustente a eficácia do relaxamento muscular na cessação tabágica. Contudo, o Relaxamento Muscular Progressivo é um ótimo aliado na gestão da ansiedade e de *stress* pelo que a execução e o ensino do Relaxamento Muscular Progressivo, intervenções realizadas pelo Enfermeiro EESMP, integradas na consulta de apoio intensivo a cessação tabágica poderão melhorar os cuidados prestados, facilitar o processo de cessação tabágica através da redução da síndrome da

abstinência e prevenir a recaída. Estes resultados sugerem que seria interessante inserir o Relaxamento Muscular Progressivo no programa das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e de desenvolver estudos, em Portugal, de modo a avaliar a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica.

IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA

Na prática clínica, são reconhecidos os benefícios do Relaxamento Muscular Progressivo no controlo de *stress* e da ansiedade pelo que a execução do Relaxamento Muscular Progressivo pelo Enfermeiro EESMP na cessação tabágica seria uma mais-valia. A execução do Relaxamento Muscular Progressivo e a capacitação dos fumadores para a prática da técnica irão promover o autocontrolo: ansiedade. A maior capacidade de gestão da ansiedade e de *stress* poderá promover a adesão dos fumadores ao processo de cessação tabágica e poderá constituir um aliado na prevenção da recaída. Esta intervenção praticada pelo Enfermeiro EESMP em consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, poderá melhorar os cuidados prestados, aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica, permitir ganhos em saúde, ganhos económicos e ganhos ambientais.

2. A Prática baseada na evidência

A prática de enfermagem baseada na evidência é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do utente. A prática de enfermagem baseada na evidência consiste numa forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia de melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis com a participação de todos os envolvidos nos processos terapêutico e de tomada de decisão (Pereira et al., cit. por Peixoto et.al., 2016).

Neste seguimento como já aqui foi referido compete ao Enfermeiro EESMP, segundo a Ordem dos Enfermeiros integrar continuamente novos saberes provenientes da investigação desenvolvendo a prática baseada na evidencia permitindo aumentar e melhorar as suas competências no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

Para dar resposta ao objetivo do estudo: Avaliar o Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica foi realizado e implementado, com base no Modelo de Intervenção Psicoterapêutico de Enfermagem preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no Guia de Boas Práticas, um programa de Relaxamento Muscular Progressivo a 3 utentes que integravam a consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica do centro de saúde onde foi realizado a componente clínica.

2.1 Descrição do Programa a Implementar

A técnica de relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que utiliza técnicas para incentivar e provocar o relaxamento com o propósito de diminuir sinais e sintomas a tensão muscular ou a ansiedade (Butcher et al., 2018).

O relaxamento é definido por Ryman (1995) citado pela Ordem dos Enfermeiros (2023) como um estado consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Este age no equilíbrio do organismo, atuando na componente física através da diminuição da tensão muscular e na componente psicológica, através de sensações agradáveis e pensamentos de tranquilidade.

Existem vários tipos de técnicas de relaxamento: técnica de imaginação guiada, a técnica de treino autogénico, a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo entre outras.

A técnica escolhida para o estudo foi a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Anexo 2).

Com esta técnica procura-se que o utente aprenda a contrair/descontrair vários músculos em todos o corpo, concentrando-se nas sensações produzidas. Este tipo de relaxamento

permite que frente a situações de *stress* o utente se autorrelaxe (Bernstein & Borkovec, 1973, citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

Após a realização, numa primeira fase, da revisão integrativa da literatura, numa segunda fase procurou-se respostas, colher resultados e validar conclusões obtidas na mesma, através da aplicação de uma intervenção na prática clínica.

Como comprovado na revisão da literatura, o processo de cessação tabágica, constitui um verdadeiro desafio, a síndrome de abstinência, em particular os sintomas de ansiedade e de *stress* associados a cessação tabágica, constituem motivos de insucesso da mesma e de recaída. Reconhecidos, na literatura, os benefícios do RMP, foi realizado e implementado o programa “**Relaxar para Não Fumar**” com execução da técnica de RMP a 3 utentes da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica do centro saúde onde realizei o estágio na comunidade.

Os requisitos necessários para incluir o estudo foram: integrar a consulta e encontrar-se em abstinência.

A enfermeira responsável da CAICT, após a apresentação dos objetivos da intervenção aos utentes e obtenção da autorização dos mesmos indicou 4 utentes com estes critérios. Foram todos contactados por telefone, reforçada a finalidade e confirmada a vontade de ser alvo de intervenção. Uma das utentes, puérpera, não regressou após a primeira consulta, referiu que não conseguia dar continuidade dado à sua condição.

O programa “**Relaxar para Não Fumar**” tem por base a execução de uma intervenção psicoterapêutica: Técnica de RMP, é individual e composto por 6 sessões, com duração de 4 semanas, a sessão inicial e a final tem duração de 60 min e as 4 intermédias de 30 min.

Os objetivos do programa consistem em:

- Diminuir a vontade de fumar
- Reduzir a ansiedade
- Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade
- Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo impulso

Os critérios de exclusão da intervenção:

- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave
- Agitação psicomotora
- Estado confusional
- Acuidade auditiva reduzida.

O programa integra 3 momentos de avaliação

- Avaliação inicial do utente realizada na sessão inicial

- Avaliação final do utente após aplicação do programa
- *Follow up* 3 mês após fim do programa

2.2 Método

O programa “**Relaxar para Não Fumar**” corresponde a um estudo exploratório que envolveu 3 utentes, os 3 de sexo masculino, um de 31 anos, outro de 30 anos e um de 29 anos. Os 3 utentes integravam uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e todos encontravam-se em abstinência, 6 meses, 1 mês e 15 dias respetivamente. O programa foi realizado ao longo de 4 semanas, num gabinete do centro de saúde onde realizei estágio.

O programa apresenta 6 sessões, na primeira sessão foi realizada a entrevista clínica, recolhida informação sociodemográfica, informação relativa à história tabágica do utente e às estratégias adaptativas utilizadas no contexto da cessação tabágica/abstinência.

O impacto do RMP na cessação tabágica e na manutenção da abstinência, alvo do estudo, traduz-se através:

- da medição de variáveis: FC e TA
- da aplicação dos instrumentos de avaliação diagnóstica:
 - NOC “Autocontrolo Ansiedade”
 - NOC: “Autocontrolo Impulso”
 - NOC: “Controlo Risco Uso de Tabaco”
- da redução da vontade de fumar
- dos relatos dos utentes

Não tendo sido, na literatura, encontrada uma escala que avalie a vontade de fumar foi aplicada uma escala numérica de 1 a 10.

Após aplicação dos instrumentos de avaliação verificou-se que os 3 utentes apresentavam, no contexto da cessação tabágica, os seguintes diagnósticos:

- Autocontrolo ansiedade comprometido
- Autocontrolo impulso comprometido

Diagnósticos que vieram reforçar a necessidade de intervenção e justificar a execução da técnica de RMP.

Como já foi referido, o programa foi criado com base no Modelo preconizado no Guia Orientador do Boas Práticas da Ordem do Enfermeiros (2023).

Com o objetivo de respeitar os requisitos da implementação de um programa de Relaxamento Muscular Progressivo e proporcionar as melhores condições para a sua execução, procurou-se criar, dentro das limitações inerentes ao espaço, um ambiente

calmo, privado, ausente de ruídos, utilizou-se um cadeirão com costas altas e apoio para os braços não tendo sido possível um apoio para os pés como recomendada. Foi sugerido o uso de roupa confortável.

Durante a realização da técnica propriamente dita, procurei usar um tom calmo e sereno e diminuir o volume e o ritmo do discurso progressivamente, realizar pausas longas após instruções de modo que o utente pudesse explorar a diferença entre a contração e a descontração e por consequência sentir os benefícios.

Todas as sessões do programa possuem procedimentos, conteúdos, metodologias e duração específicos conforme apresentado no quadro abaixo.

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão Inicial Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Apresentação dos objetivos da sessão Apresentação dos intervenientes Obtenção do consentimento para recolha de dados Motivar o utente para a intervenção Avaliar o estado emocional do utente Avaliação da frequência cardíaca (FC) e da tensão arterial (TA) 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Aparelho que avalia a tensão arterial 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer ligação com a utente Realizar a avaliação inicial do utente Aplicar escala de avaliação NOC "Autocontrolo Ansiedade", NOC: Autocontrolo Impulso, NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco Avaliar a vontade de fumar segundo uma escala de 0 à 10 Apresentar ao utente os diagnósticos de enfermagem face aos dados colhidos e debatê-lo com a mesma Definir objetivos com o utente de acordo com os problemas identificados que serão o foco da nossa intervenção ao longo das sessões. Explicar em que consiste o Relaxamento Muscular Progressivo Despertar motivação e interesse para a intervenção Explicar ao utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas Otimizar o espaço físico Executar a intervenção psicoterapêutica: Relaxamento Muscular Progressivo Ensinar sobre como executar a técnica de relaxamento muscular progressivo em casa (sugerido realizar a técnica 2 vezes dia durante 15 min de cada vez) 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras Instrumentos de avaliação e canetas Cadeira Computador/ 	40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a FC e da TA Analisar os valores obtidos de FC e TA Questionar o utente sobre avaliação da sessão Avaliar resultados da intervenção Orientar o utente para executar técnica em casa Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	10 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Avaliar o estado emocional do utente 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos objetivos da sessão • Avaliação da FC e da TA • Questionar o utente sobre a realização da técnica em casa (benefícios e dificuldades sentidos) • Motivar o utente para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparelho que avalia a tensão arterial 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer ligação com a utente • Otimizar o espaço físico • Executar Relaxamento Muscular Progressivo • Reforçar o ensino sobre como executar a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo em casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeirão • Computador 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a FC e da TA • Analisar os valores obtidos de FC e TA • Avaliar a vontade de fumar segundo escala de 0 à 10 • Questionar o utente sobre avaliação da sessão • Avaliar resultados da intervenção • Orientar e motivar o utente para execução da técnica em casa • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Avaliar o estado emocional do utente • Apresentação dos objetivos da sessão • Avaliação da FC e da TA • Questionar o utente sobre a realização da técnica em casa (benefícios e dificuldades sentidos) • Motivar o utente para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Aparelho que avalia a tensão arterial 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer ligação com o utente • Otimizar o espaço físico • Executar de Relaxamento Muscular Progressivo 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeirão • Computador 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a FC e da TA • Analisar os valores obtidos de FC e TA • Avaliar a vontade de fumar segundo escala de 0 à 10 • Questionar o utente sobre avaliação da sessão • Avaliar resultados da intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Orientar e motivar o utente para execução da técnica em casa Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 			
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Avaliar o estado emocional do utente Apresentação dos objetivos da sessão Avaliação da FC e da TA Questionar o utente sobre a realização da técnica em casa (benefícios e dificuldades sentidos) Motivar o utente para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Aparelho da tensão arterial 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer ligação com a utente Otimizar o espaço físico Executar de Relaxamento Muscular Progressivo 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeirão Computador 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a FC e da TA Analisar os valores obtidos de FC e TA Avaliar a vontade de fumar segundo escala de 0 à 10 Questionar o utente sobre avaliação da sessão Avaliar resultados da intervenção Orientar e motivar o utente para execução da técnica em casa Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Apresentação dos objetivos da sessão Avaliação da FC e da TA Questionar o utente sobre a realização da técnica em casa (benefícios e dificuldades sentidas) Motivar o utente para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Aparelho da tensão arterial 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer ligação com a utente Otimizar o espaço físico Executar de Relaxamento Muscular Progressivo 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeirão Computador 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a FC e da TA 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os valores obtidos de FC e TA • Questionar o utente sobre avaliação da sessão • Avaliar resultados da intervenção • Orientar e motivar o utente para execução da técnica em casa • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras 	
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Avaliar o estado emocional do utente • Apresentação dos objetivos da sessão • Avaliação da FC e da TA • Questionar o utente sobre a realização da técnica em casa (benefícios e dificuldades sentidas) • Motivar o utente para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Aparelho que avalia a tensão arterial 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer ligação com a utente • Realizar a avaliação do utente • Otimizar o espaço físico • Executar de Relaxamento Muscular Progressivo • Aplicar escala de avaliação NOC “Autocontrolo Ansiedade”, NOC: “Autocontrolo Impulso”, NOC: “Controlo Risco Uso de Tabaco” • Avaliar a vontade de fumar segundo escala de 0 à 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas • Cadeirão • Computador 	40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a FC e da TA • Analisar os valores obtidos de FC e TA • Questionar o utente sobre avaliação da sessão e do programa • Avaliar resultados da intervenção e do programa • Orientar e motivar o utente para execução da técnica em casa após término do programa • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais • Agendamento da sessão de <i>follow up</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	10 min

Quadro 4 - Programa “Relaxar para Não Fumar”

Os 3 utentes aderiram totalmente à intervenção, compareceram a todas as consultas, demonstraram após cada sessão satisfação, relaxamento e bem-estar. No fim do programa todos os utentes referiram estar muito satisfeitos com o programa e com a realização e aprendizagem do RMP.

2.3 Resultados

Com o objetivo de avaliar o impacto do RMP na cessação tabágica e em particular na redução da vontade de fumar, foram aplicados instrumentos de avaliação diagnóstica no início e no fim do programa, avaliados os sinais vitais, a vontade de fumar e recolhida a opinião dos utentes em cada sessão.

Os dados obtidos, ao longo das 6 sessões, referente aos 3 utentes são apresentados no quadro abaixo:

Sessões	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Sessão 1	NOC “Autocontrolo Ansiedade”: 38 NOC: Autocontrolo Impulso: 55 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 74	NOC “Autocontrolo Ansiedade”: 58 NOC: Autocontrolo Impulso: 54 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 72	NOC “Autocontrolo Ansiedade”: 40 NOC: Autocontrolo Impulso: 54 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 71
	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 4 TA: 130/86 mmHg FC: 67 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 128/ 80 mmHg FC 60 bpm 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 9 TA: 105/59 mmHg FC: 69 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 6 TA: 100/ 58 mmHg FC 67 bpm 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 6 TA: 115/76 mmHg FC: 58 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 3 TA: 104/ 73 mmHg FC: 55 bpm
	Relatos: O utente encontrava-se recetivo e disponível para a intervenção. Referiu que percebeu o objetivo e diz que conseguiu relaxar, no entanto precisa de contrair mais tempo.	Relatos: O utente refere diz que relaxou e gostou da experiência.	Relatos: O utente demonstra-se muito recetivo à intervenção e diz que conseguiu relaxar.
Sessão 2	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 2 TA: 144/72 mmHg FC: 67 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 115/71 mmHg FC 67 bpm 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 7 TA: 101/75 mmHg FC: 76 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 3 TA: 96/ 65 mmHg FC 73 bpm 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 5 TA: 110/75 mmHg FC: 58 bpm Após o RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 3 TA: 104/ 76 mmHg FC 58 bpm
	Relatos: Refere que tem estado mais ansioso, mas não identifica porquê. Refere que tem pensado mais no tabaco. Dadas estratégias para lidar com a abstinência	Relatos: O utente refere que gosta de realizar RMP e de relaxar.	Relatos: O utente refere se sentir relaxado com o RMP, refere que surte efeito.
Sessão 3	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 2 TA: 142/85 mmHg 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 5 TA: 106/77 mmHg 	Antes do RMP: <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 4 TA: 112//77 mmHg

Sessões	Utente 1	Utente 2	Utente 3
	<ul style="list-style-type: none"> FC: 67 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 129/83 mmHg FC 66 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> FC: 76 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 2 TA: 92/77 mmHg FC: 81 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> FC: 66 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 110/80 mmHg FC 64 bpm
	<p>Relatos: O utente encontra-se bem-disposto, totalmente recetivo à intervenção, refere que ontem na sessão sentiu o efeito, mas que sentiu o efeito principalmente no decorrer do dia. Refere pensar pouco em tabaco</p> <p>Após aumentar o tempo de contração/descontração o utente sentiu a maior diferença. Diz que conseguiu desligar do espaço e relaxar.</p>	<p>Relatos: O utente diz que foi o dia que sentiu mais relaxado e que quando sai do centro de saúde após intervenção sente-se sempre relaxado.</p> <p>Refere que habitualmente tem vontade de fumar de manhã, mas com o relaxamento não tem vontade de fumar.</p>	<p>Relatos: O utente refere se sentir leve e se sentir mesmo relaxado à RMP, diz pensar pouco no cigarro ao longo do dia.</p>
Sessão 4	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 127/82 mmHg FC: 62 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 124/80 mmHg FC 62 bpm 	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 108/84 mmHg FC: 73 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 102/73 mmHg FC 73 bpm 	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 3 TA: 115/72 mmHg FC: 71 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 108/71 mmHg FC 73 bpm
	<p>Relatos: O utente refere relaxar durante a sessão e refere que o efeito se prolonga ao longo do dia e diz que tem pensado pouco no tabaco</p>	<p>Relatos: Refere se sentir relaxado, e não ter vontade de fumar. Refere que gostaria de fazer RMP juntamente com uma colega que fuma no cabeleireiro onde trabalho.</p>	<p>Relatos: Refere que hoje, antes da consulta, praticou RMP (que tem feito todos os dias).</p>
Sessão 5	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 130/77 mmHg FC: 77 bpm <p>Após o RMP:</p>	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 101/74 mmHg FC: 89 bpm <p>Após o RMP:</p>	<p>Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 4 TA: 114/78 mmHg FC: 69 bpm <p>Após o RMP:</p>

Sessões	Utente 1	Utente 2	Utente 3
	<ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 121/74 mmHg FC 67 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 97/57 mmHg FC 81 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 114/74 mmHg FC 64 bpm
	<p>Relatos: O utente diz que após realizar RMP sente-se relaxado e pouco pensa no cigarro. Refere que tentou realizar em casa, mas não obteve tanto efeito. Diz que fica mais relaxado no Centro de Saúde.</p>	<p>Relatos: Refere que agora nunca tem vontade de fumar de manhã. Esporadicamente a vontade vem ao longo do dia</p>	<p>Relatos: O utente refere que tem realizado RMP duas vezes por dia, diz que se sente durante a sessão e ao longo do dia mais relaxado.</p>
Sessão 6	<p>NOC "Autocontrolo Ansiedade": 54 NOC: Autocontrolo Impulso: 60 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 74 Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 137/80 mmHg FC: 75 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 130/74 mmHg FC 75 bpm <p>Relatos: O utente diz que depois em casa sente se mais relaxado e tem pensado pouco no tabaco. Refere que em casa tem realizado, já sente mais o efeito mas não como no centro de saúde. Avaliação do Programa: O utente refere que balanço é positivo, que o RMP o ajudou a relaxar, a controlar o <i>stress</i> e a ansiedade, refere pouca vontade de fumar. Diz que irá continuar a realizar em casa</p>	<p>NOC "Autocontrolo Ansiedade": 60 NOC: Autocontrolo Impulso: 60 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 74 Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 111/72 mmHg FC: 85 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 115/71 mmHg FC 78 bpm <p>Relatos: O utente hoje diz que estava mais acelerado tendo sentido mais a diferença. Refere sentir mais alívio após a contração da face e das costas. Refere que ao longo do dia tem se sentido relaxado, menos ansioso e stressado, tem tido pouca vontade de fumar Avaliação do Programa: O utente diz ter gostado muito da experiência, refere se sentir relaxado, após o RMP, sentir bem-estar e não pensar no tabaco. Diz que visto que acabaram as consultas, irá realizar em casa. Refere melhoria na vontade de fumar.</p>	<p>NOC "Autocontrolo Ansiedade": 51 NOC: Autocontrolo Impulso: 60 NOC: Controlo Risco Uso de Tabaco: 72 Antes do RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 3 TA: 113/77 mmHg FC: 63 bpm <p>Após o RMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vontade de fumar de 0 a 10: 0 TA: 113/72 mmHg FC 61 bpm <p>Relatos: Utente refere que o RMP resulta mesmo, no centro de saúde em casa. Refere que irá depois a alta continuar a realizar RMP. Diz que ao longo do dia pensa poucas vezes no tabaco. Avaliação do Programa: O utente demonstrou-se muito satisfeito com o programa. O utente aderiu totalmente ao RMP. Diz que ansiava ter as consultas para realizar RMP. Executava em casa, todos os dias e quando estava mais stressado e ansioso. Refere que irá continuar a realizar RMP. Refere melhoria na vontade de fumar.</p>

Quadro 5 - Resultados obtidos da aplicação do Programa "Relaxar par Não Fumar"

No caso dos 3 utentes, verifica-se uma diminuição dos valores de TA e FC. A vontade de fumar dos 3 utentes, diminuiu do início para o fim de cada sessão e reduziu de sessão para sessão.

Todos os utentes referiram relaxamento durante e após a técnica. Um utente referia ter começado a sentir os benefícios do RMP realizado por ele em casa só no fim do programa. Outro referia maior benefício do RMP quando realizado no centro de saúde pela enfermeira. O terceiro utente realizava RMP em casa e sentia-se relaxado ao longo do dia. Apesar destas diferenças, os 3 utentes referiram que em casa apresentavam pouca vontade de fumar, sendo possível concluir que a falta de eficácia da realização do RMP por cada utente em casa não impediu a melhoria da vontade fumar ao longo de cada dia e ao longo do programa.

Os 3 utentes manifestaram que o RMP ajudava no controlo da ansiedade e do *stress*, referiram melhoria na vontade de fumar e todos no fim do programa demonstraram a intenção de continuar a realizar o RMP, após termino do programa, no entanto só um é que demonstrava total domínio.

Em relação aos instrumentos de avaliação verificamos, no caso dos 3 utentes, um aumento dos scores (NOC Autocontrolo Ansiedade, NOC Autocontrolo: impulso e Controlo de Risco de Uso de Tabaco) o que se traduz numa melhoria no autocontrolo: ansiedade, no autocontrolo impulso e no Controlo de Risco de Uso de Tabaco.

2.4 Discussão

O programa “Relaxar para não Fumar” apresentava como principal objetivo, utilizar a técnica de RMP para facilitar a cessação tabágica, aliviar os sintomas da síndrome da abstinência e reduzir a vontade de fumar.

Após a implementação do programa, é possível afirmar que as conclusões obtidas são semelhantes às conclusões alcançadas na revisão integrativa da literatura. Em ambos os casos, é possível deduzir que o RMP diminui o *stress*, a ansiedade e a vontade de fumar.

Em comparação com a revisão integrativa da literatura, a aplicação do programa fez emergir novos dados. Após realização do RMP, verificou-se a recuperação do controlo impulso pelos 3 utentes e a diminuição do risco de recaída.

Todos os resultados evidenciados com a implementação do programa permitem concluir que o RMP constitui uma intervenção psicoterapêutica eficaz na redução de sintomatologia (*stress* e ansiedade) da síndrome da abstinência, e possibilitou a capacitação da pessoa na utilização de uma estratégia não farmacológica no controlo da

ansiedade, *stress*, impulso, vontade de fumar e prevenção de recaída, no contexto da cessação tabágica.

2.5 Conclusões

A realização do estudo revelou-se uma verdadeira aprendizagem. As principais dificuldades sentidas foram: o tempo limite disponível para a implementação do programa e o número reduzido de utentes com critérios de inclusão. A adesão e a recetividade total dos utentes à intervenção, a assiduidade exemplar dos utentes contribuíram pelo êxito e os resultados satisfatórios do programa.

A amostra reduzida constituiu uma limitação do estudo, no entanto não se pode ignorar os resultados positivos obtidos e ignorar que estes reforçam as conclusões da revisão integrativa da literatura.

Estas conclusões comprovam a eficácia do RMP na cessação tabágica.

A experiência foi extremamente interessante e evidenciou o potencial de uma intervenção não farmacológica no contexto da cessação tabágica.

Neste seguimento, a técnica de RMP poderá constituir uma poderosa aliada na cessação tabágica no âmbito do controlo da sintomatologia da síndrome de abstinência, da gestão da vontade de fumar, da prevenção de recaída e da capacitação dos utentes na execução do RMP para gerir a síndrome da abstinência.

Esta intervenção integrada numa consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e realizada por um Enfermeiro EESMP poderá melhorar os cuidados prestados, aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica e promover efetivos ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

Este relatório teve por objetivo apresentar todo o percurso de aprendizagem na origem do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os preciosos conhecimentos teóricos adquiridos durante a componente letiva orientaram a aprendizagem desenvolvida na componente prática.

Os saberes teóricos, científicos, técnicos e humanos alcançados promoveram uma prestação de cuidados reflexiva e de qualidade.

A prática evidenciou o papel decisivo do Enfermeiro EESMP à pessoa, à família, à comunidade e ao grupo, em todo o ciclo vital, no âmbito da promoção da saúde mental, da prevenção da doença mental, do tratamento e da reabilitação psicossocial.

Cuidar da pessoa com alteração mental constituiu uma indiscutível experiência profissional e humana, mas também constituiu um verdadeiro desafio.

A componente clínica realçou as fragilidades, as dificuldades e as barreiras associadas à doença mental. O estigma e a discriminação, realidades, ainda frequentes, interferem e condicionam o processo de melhoria do estado mental e de reabilitação psicossocial da pessoa com alteração mental/doença, mental. A falta de intervenção precoce, numa fase inicial da doença, possibilita o agravamento da doença mental e o surgimento de sequelas e por consequência comprometem a reabilitação psicossocial. É urgente a intervenção comunitária. Todas estas dificuldades reforçam a importância do papel do Enfermeiro EESMP na comunidade, na promoção da literacia em saúde mental, promoção de saúde e prevenção da doença mental bem como no combate ao estigma e a discriminação.

O sofrimento e a vulnerabilidade, associados à perturbação mental exige da parte do Enfermeiro EESMP “uma consciência de si” e o “uso de si como instrumento terapêutico”. Um dos grandes desafios do Enfermeiro EESMP é conseguir através de uma intervenção especializada e fundamentada em constructos teóricos aliviar o sofrimento do Outro.

As competências de âmbito psicoterapêuticas, permitem que o Enfermeiro EESMP desenvolva uma prática clínica em enfermagem distinta de outras áreas da especialidade. O modelo de intervenção psicoterapêutico em enfermagem, constitui uma poderosa ferramenta, pois permite ao Enfermeiro EESMP ser facilitador no processo de modificação de comportamentos e resolução de problemas.

As intervenções psicoterapêuticas constituem aliadas imprescindíveis para uma prestação de cuidados estruturada, organizada, pensada e segura. A implementação destas intervenções permite a mobilização de competências comunicacionais e

relacionais e estabelecer uma relação terapêutica consistente e promotora de uma prestação de cuidados individualizada e especializada.

As intervenções psicoterapêuticas permitem cuidar da pessoa como um ser único e individual, respeitar as suas vivências, entender as suas fragilidades e ajudá-la a viver as transições de uma forma saudável.

Ao longo da componente clínica foram implementados vários tipos de intervenção psicoterapêutica abrangendo todo o ciclo vital. O modelo psicoterapêutico irá acompanhar o meu exercício profissional enquanto Enfermeiro EESMP.

A implementação do programa psicoterapêutico “Relaxar para Não Fumar” integrado no estudo de investigação foi de uma extrema importância por vários motivos: permitiu dar resposta a uma exigência do curso do mestrado, realçou a importância da prática baseada para a evidência e permitiu pôr em prática os conhecimentos teóricos sobre a área de investigação. Os resultados obtidos da implementação do programa associados às conclusões da revisão integrativa da literatura apontam para a eficácia do Relaxamento Muscular Progressivo na cessação tabágica, resultados extremamente úteis tendo em conta que integro uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

A implementação do programa numa consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, realizada por um Enfermeiro EESMP poderá melhorar os cuidados prestados, aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica, prevenir as recaídas e promover efetivos ganhos económicos e sociais e ganhos em saúde.

Ao longo do percurso, a aquisição de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos e habilidades sustentaram a prática. A mobilização de técnicas de comunicação terapêuticas, a escuta ativa, uma relação de confiança e empática foram essenciais para a criação de uma relação terapêutica promotora de uma transição saudável.

Este caminho, durante o qual foram desenvolvidas e adquiridas as competências de EESMP, irá marcar certamente a minha vida profissional, Todos os conhecimentos e experiências vividas ao longo dos cinco meses da componente clínica tiveram na base de uma nova identidade profissional e irão contribuir, naturalmente, para uma prestação de cuidados de excelência.

Face ao exposto os objetivos do processo de aprendizagem assim como do relatório foram atingidos.

A principal limitação sentida, durante a elaboração do relatório, foi conseguir transmitir por escrito todas as aprendizagens e as experiências vivenciadas. Todo o processo foi tão visceral que descrevê-lo por palavras constituiu uma verdadeira aventura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusodidacta.
- Almeida, H., Tejo, S., Almeida, I., Façanha, J., & Lopes, R. (2020). "Relaxa a Mente" - Programa de relaxamento muscular progressivo de Jacobson em pessoas com ansiedade moderada. Obtido de <http://web.esenfc.pt/?url=mheAb8D4>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (3), pp. 209-214.
- Associação Alzheimer Portugal. (2020). *Juntos Criamos. Exercícios de Estimulação e Criatividade*.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (18), pp. 125-132. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification*. St. Louis: Elsevier.
- Chalifour, J. (2018). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Cheung, Y., Lam, T., Chan, C., Ho, K., Fok, W., Wang, M., & Li, W. (2020). Brief handgrip and isometric exercise intervention for smoking cessation: A pilot randomized trial. *Addictive behaviors*, 100, pp. 106-119. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106119
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. (P. Chinn, Ed.) *Nursing Reseach Methodology: Issues and Implementation*, pp. 237-257.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Conselho de Ministros. (2008). Resolução nº49/2008. Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). *Diário da República, I Série, Nº 47, 1395-1409*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros 3. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.
- Cordioli, A. (2005). *Avaliação do Paciente em Psiquiatria: a Entrevista Psiquiátrica*. Obtido de <https://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Orientacoes-sobre-a-entrevista-psi-quiatrica.pdf>
- Decreto-Lei nº 49/2018, d. 1. (2019). *Regime Jurídico do maior acompanhado. Apontamentos. Lei nº 49/2018, de 14 de agosto*. (1ª ed.).

- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), pp. 81-100.
- Diogo, E. (2016). Cessação tabágica: farmacoterapia e novas perspectivas. (*Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra*). Obtido de <https://hdl.handle.net/10316/34089>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação Tabágica. Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Gradiva – Publicações, S. A.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Lisboa: DGS.
- Elias, M. (2014). As técnicas de relaxamento como instrumento terapêutico de enfermagem em pessoas com sofrimento mental. (*Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/16277>
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J., Fera-Raposo, I., . . . CUISAM GROUP. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28 (2), pp. 92-98. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.05.006>
- Freixo, A. (2022). Promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave. (*Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa*).
- Garcia, C. (2020). *Uma Lição de Amor*. Ego Editora.
- George, J. (1993). *Teorias de enfermagem os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, pp. 9-10.
- Hipólito, J. (2010). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edial. Obtido de [https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto%20org.%20com%20cap a.pdf](https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto%20org.%20com%20cap%20a.pdf)
- Inui, S. (2023). *Gosto Tanto de Ti*. Editorial Presença.

- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), pp. 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Kahler, C., Surace, A., Gordon, R., Cioe, P., Spillane, N., Parks, A., . . . Brown, R. (2018). Positive psychotherapy for smoking cessation enhanced with text messaging: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 71, pp. 146-153. doi:10.1016/j.cct.2018.06.013
- Limsanon, T., & Kalayasiri, R. (2015). Preliminary effects of progressive muscle relaxation on cigarette craving and withdrawal symptoms in experienced smokers in acute cigarette abstinence: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 46 (2), pp. 166–176. doi:10.1016/j.beth.2014.10.002
- Linhares, V., & Rute, M. (2015). *Programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo: ansiedade e depressão*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Llennas, A. (2018). *O Monstro das Cores* (4ª ed.). Nuvens e Letras.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). *O tabagismo - da prevenção à abstinência*. Climepsi Editores.
- Medeiros, A., Enders, B., & Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Esc. Anna Nery*, 19 (3), 518-524.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced In Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, pp. 758-764.
- Mintzberg, H. (2004). *Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico*. Porto Alegre: Bookman.
- Moorhead, S., Swanson, E., Maas, M., & Johnson, M. (2020). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem* (6ª ed.). Guanabara Koogan.
- Neuroinova. (2020). *Cérebro Ativo - Exercícios para realizar todas as semanas*. Cogweb®.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/15263>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº 151 de 7 de agosto de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, nº 140/2019, 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave* (Papa-Letras ed.). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Papa-Letras.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). Obtido em março de 2024, de Organização Pan-Americana da Saúde: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco>
- Payne, R. (2009). *Técnicas de Relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde*. Lusodidacta.
- Payne, R., Donaghy, M., & Bellamy, K. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2ª ed.). Lusociência.
- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/31753>

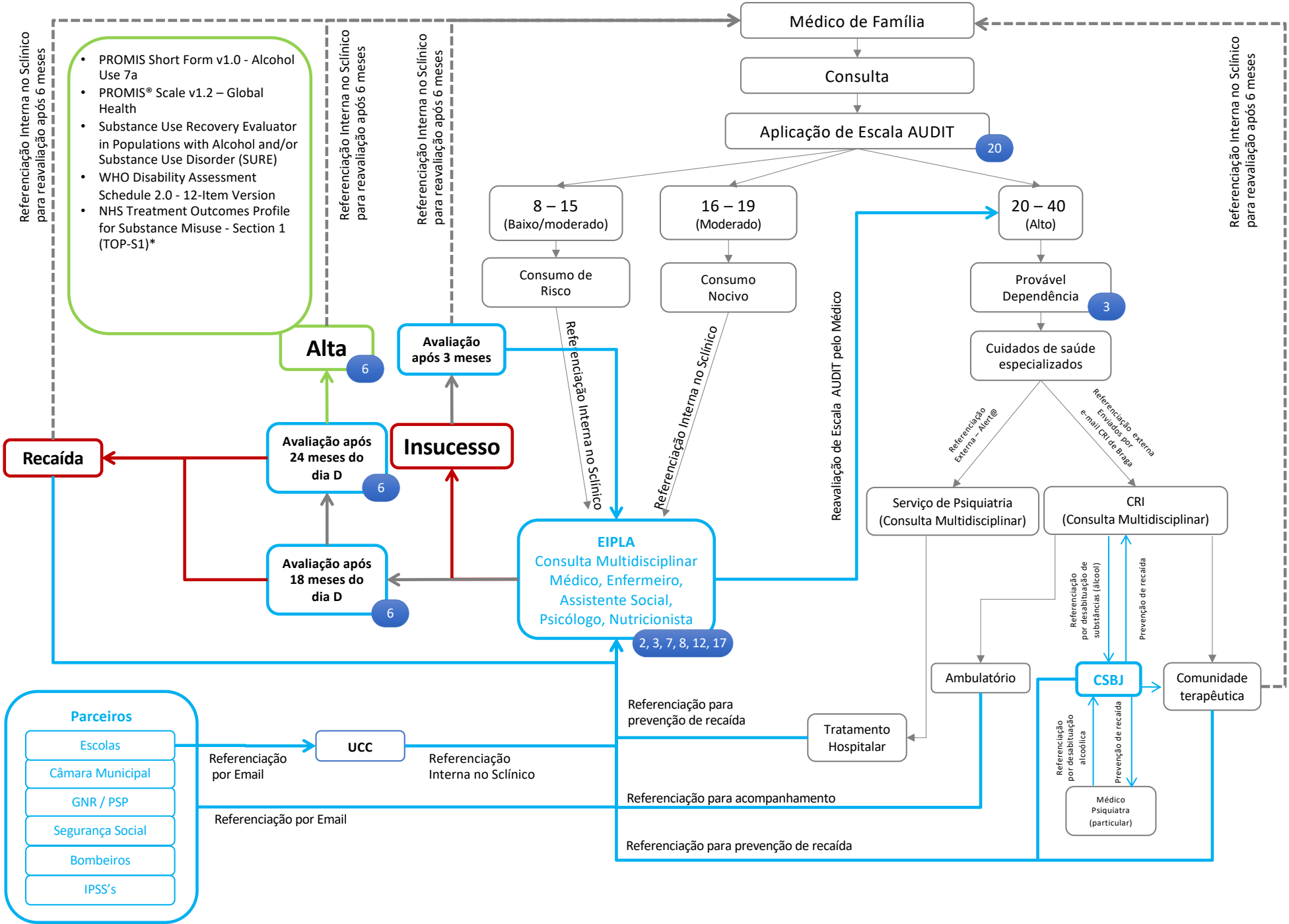
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pereira, A. (2020). *Value based healthcare: criação de valor pela medição de componentes de custo-efetividade: impacto para o cliente e para a organização*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.21/13971>
- Pinheiro, C., Araújo, M., Rolim, K., Oliveira, C., & Alencar, A. (jul. de 2019). Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do Enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem Foco (Brasília)*, 10 (3), pp. 64-69.
- Prahabat, J., & Chaloupka, F. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. New York: World Bank.
- Sacha, L., Amanda, L., Caroline, T., Richmond, R., Lewin, T., & Kulkarni, J. (2014). Gender differences in characteristics and outcomes of smokers diagnosed with psychosis participating in a smoking cessation intervention. *Psychiatry research*, 215 (3), pp. 586–593. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.002>
- Sampaio, F. (s.d.). A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, pp. 30-36.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, M. (2021). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), pp. 11-18. doi:<https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & 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.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: un estudio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería. *X Simposium AENTDE*, pp. 718-721. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/6180>
- Santos, E. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da escala de ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/39338>

- Santos, S., & Nóbrega, M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 49 (1), pp. 55-64.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*, 26 (2), pp. 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental : diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Sunderland, T., Hill, J., Mellow, A., Lawlor, B., Gundersheimer, J., Newhouse, P., & Grafman, J. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease: A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37 (8), pp. 725-729.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Welsh, C. (2023). *Vê o Lado Bom*. Lilliput.
- Zagonel, I. (julho de 1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 7 (3), pp. 25-32. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000300005>

Apêndices

Apêndice I - Clinical Pathway

EIPLA
Critérios de inclusão: Utentes ≥14 anos com AUDIT ≥8



- PROMIS Short Form v1.0 - Alcohol Use 7a
- PROMIS® Scale v1.2 – Global Health
- Substance Use Recovery Evaluator in Populations with Alcohol and/or Substance Use Disorder (SURE)
- WHO Disability Assessment Schedule 2.0 - 12-Item Version
- NHS Treatment Outcomes Profile for Substance Misuse - Section 1 (TOP-S1)*

Referenciação Interna no Sclínico para reavaliação após 6 meses

Referenciação Interna no Sclínico para reavaliação após 6 meses

Referenciação Interna no Sclínico para reavaliação após 6 meses

Referenciação Interna no Sclínico para reavaliação após 6 meses

Parceiros

- Escolas
- Câmara Municipal
- GNR / PSP
- Segurança Social
- Bombeiros
- IPSS's

Referenciação por Email

Referenciação por Email

UCC

Referenciação Interna no Sclínico

Referenciação para prevenção de recaída

Referenciação para acompanhamento

Referenciação para prevenção de recaída

Tratamento Hospitalar

Ambulatório

CSBJ

Referenciação por desabitação de álcool

Prevenção de recaída

Médico Psiquiatra (particular)

Comunidade terapêutica

Reavaliação de Escala AUDIT pelo Médico

Referenciação Externa - Alentejo

Referenciação externa - Avaliados por e-mail CRI de Braga

Recaída

Avaliação após 24 meses do dia D

Avaliação após 18 meses do dia D

Insucesso

Avaliação após 3 meses

Alta

8 – 15 (Baixo/moderado)

16 – 19 (Moderado)

20 – 40 (Alto)

Consumo de Risco

Consumo Nocivo

Provável Dependência

Cuidados de saúde especializados

Serviço de Psiquiatria (Consulta Multidisciplinar)

CRI (Consulta Multidisciplinar)

EIPLA
Consulta Multidisciplinar
Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista

2, 3, 7, 8, 12, 17

6

6

6

20

3

6

6

6

Referenciação para prevenção de recaída

Referenciação para acompanhamento

Referenciação para prevenção de recaída

Referenciação por desabitação de substâncias (álcool)

Prevenção de recaída

Referenciação por desabitação de álcool

Prevenção de recaída

Apêndice II - Projeto “Continuar a Acreditar”

“Continuar a acreditar”		PROJETO	
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>
UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento			
INÍCIO PREVISTO:	Outubro 2023	APROVADO POR DIRETOR GERENTE:	
CONCLUSÃO PREVISTA:			
RESPONSÁVEL PELO PROJETO	ESSMP da unidade		
COLABORADORES DIRETOS	Enfermeiro Chefe da Unidade		
COLABORADORES INDIRETOS	Equipa de enfermagem da unidade		
DESTINATÁRIOS	Pessoas assistidas na unidade		
PARCERIAS E INFORMAÇÃO DE CONTACTO	ACES da área de residência do utente		
CUSTO GLOBAL DO PROJETO			

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

1. ÂMBITO

Este projeto designa-se por “Continuar à Acreditar”, foca-se na necessidade de colmatar a falta de acompanhamento na prevenção de recaída após alta.

2. PROBLEMA

O problema identificado prende-se com a inexistência de uma intervenção estrutura e especializada, no após alta do internamento por desabituação alcoólica que garante a continuidade dos cuidados ao utente em abstinência promovendo a prevenção de recaída.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A nível mundial e da União Europeia, Portugal apresenta um dos maiores índices de consumos de bebidas alcoólicas e uma elevada prevalência de problemas ligados ao consumo de álcool (PLA) (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011). Em Portugal, segundo as estimativas do GISAH (WHO Global Information System on Alcohol and Health) para 2019, o consumo de álcool per capita (15+ anos) era de 12,1 litros de álcool puro por ano (19,5 nos homens e 5,6 nas mulheres) (SICAD, 2020).

O álcool é o terceiro fator de risco mais importante nos problemas de saúde e na morte prematura, depois do tabaco e da tensão arterial elevada, sendo mais importante do que os níveis aumentados de colesterol e o excesso de peso, três vezes mais importante do que a diabetes, e cinco vezes mais relevante do que a asma (Organização Mundial de Saúde, 2002). O consumo desta substância é a causa de morte e incapacidade relativamente cedo na vida. Em pessoas com idade entre 20 e 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool (Organização Mundial de Saúde, 2022).

O alcoolismo é um fenómeno que nas últimas décadas tem vindo a aumentar consideravelmente, tornando-se um problema de saúde pública, que conduz a grandes repercussões físicas, psicológicas, sociais, quer também no ceio profissional e familiar. Estes mesmos fatores são por si só determinantes no modo como a pessoa bebe e aceita a sua problemática, e por sua vez também determinam o diagnóstico.

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

Neste âmbito, o consumo nocivo é definido como um padrão de consumo de álcool que causa danos quer na saúde física, quer na saúde mental do indivíduo. A OMS define o consumo nocivo, quando estamos perante um consumo médio regular de mais de 40g de álcool por dia na mulher, e superior a 60g por dia no homem (PHEPA,2005).

A dependência de álcool é um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o comportamento de consumo de álcool toma um lugar prioritário e central na vida de um indivíduo, em detrimento de outros comportamentos que antes, para ele, tinham um elevado valor.

O álcool é a causa de numerosas patologias gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, alterações imunológicas, problemas osteoarticulares, alterações reprodutivas, pré-natais (PHEPA,2005) e contribuindo ainda para perturbações mentais e comportamentais, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre outros. O álcool para além de ser uma substância psicoativa que cria dependência, o consumo nocivo é responsável por danos sociais, incluindo o crime e a violência familiar, o que tem conduzido elevados custos à UE (Baumberg & Anderson 2005cit. por PHEPA, 2005; Pérez et al., 2008 cit. por Silva, 2011).

É claramente compreensível que o alcoolismo sendo determinado por diversos fatores, qualquer abordagem deve estar centralizada na compreensão comportamental, emocional e psicopatológica do ser humano, sendo por isso fundamental e imprescindível uma abordagem multidisciplinar no seu tratamento.

O tratamento apresenta grande taxa de insucessos, daí a relevância de equipas vocacionadas para o tratamento deste tipo de patologia, capazes de lidar com as recaídas, encarando-as como uma das etapas do programa de recuperação.

Após tratamento é fundamental o acompanhamento do doente alcoólico tratado, intervindo sempre que necessário no auxílio relativo à mudança de hábitos e comportamentos, com intuito de prevenção de recaída ou de diminuição de prejuízos (Lima & Ribeiro, 2008).

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

Segundo Henriques (2004), nos problemas ligados ao álcool, a manutenção da abstinência é o resultado mais desafiante, uma vez que cerca de dois terços da população que interrompe consumos de álcool recaem nos três primeiros meses após o tratamento, e estes valores sobem para 70% em seis meses.

Neste enquadramento, torna-se pertinente a realização de um seguimento pós alta, assegurando assim a continuidade dos cuidados de saúde na transição do meio hospitalar para o domicílio ou outra instituição. A articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários ou outros sectores são considerados relevantes para o Plano Nacional de Saúde Mental (DGS – Despacho n.º1606/2018) uma vez que facilitam aos utentes a ligação, através do esclarecimento de dúvidas e promovem um maior acompanhamento do mesmo neste processo de transição.

Face ao supracitado, o enfermeiro especialista de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica assume um papel fulcral no âmbito da intervenção ao utente com problemas ligados ao álcool. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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”. Assim sendo, o papel do enfermeiro torna-se determinante no processo de mudança comportamental dos utentes com problemas ligados ao álcool fortalecendo a aquisição de competências que facilitam a prevenção de recaída. Neste contexto, segundo Marlatt & Gordon citado por Sequeira e Sampaio (2020) destaca a relevância de algumas intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas na prevenção de recaída que promovem um conjunto de estratégias que estimulam a mudança de comportamento.

Considerando a prevenção da recaída um desafio, podemos concluir que os utentes com comportamentos aditivos e dependências após alta de um internamento em Unidade de Desabilitação beneficiarão da continuidade de cuidados. Assim é importante que no momento da alta esteja garantido um acompanhamento mais próximo e personalizado dos utentes, assegurando a continuidade ao longo de todos os níveis de cuidados e por sua vez auxiliando na redução da fragmentação dos cuidados.

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

4. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

De acordo com a pesquisa bibliográfica, a prevenção de recaída é uma etapa processual decisiva para manutenção dos ganhos obtidos no internamento. Deste modo, considera-se uma mais-valia a implementação de um projeto de forma a propiciar a prevenção de recaída.

A instituição desenvolve a sua ação, em várias áreas, sendo uma delas no âmbito da dependência, mais especificamente a desabitação alcoólica como sendo uma das principais áreas de intervenção. A unidade X é uma unidade de internamento de curta duração destinada a desabitação na área da toxicod dependência que atua mediante os critérios que o ICAD definiu para as unidades de desabitação. Os utentes que integram a desabitação alcoólica, habitualmente são referenciados por via do SNS ou a título particular, podendo o internamento oscilar entre 10 e 21 dias.

No presente, somente os utentes encaminhados pelo CRI, no momento da alta é que voltam a ter acompanhamento, os restantes utentes voltam à comunidade sem seguimento especializado. Atualmente verifica-se a falta de continuidade dos cuidados no pós-altos, uma vez que não é realizada qualquer articulação com os profissionais de saúde de referência, pondo em causa um acompanhamento personalizado e ajustado às necessidades identificadas do utente/família.

Nesse contexto, após a alta seria uma mais-valia garantir ao utente um acompanhamento específico, na comunidade por uma equipa multidisciplinar de Problemas Ligadas ao Álcool com o principal objetivo a prevenção de recaída, uma vez que a mesma integra o programa de intervenção breve preconizado pela DGS.

5. OBJETIVOS DO PROJETO

OBJETIVO GERAL: Implementar o projeto “Continuar a acreditar” aos utentes com alta do internamento por desabitação alcoólica. (Ver Anexo 1)

OBJETIVO OPERACIONAL

INDICADORES

METAS

1. Aplicar o projeto “Continuar a acreditar” aos utentes que cumpram os critérios de inclusão

% de pessoas internadas que cumpram os critérios de inclusão

75% dos casos integram e cumprem o projeto

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

2. Avaliar se o utente foi alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular

% de pessoas abrangidas pelo projeto que foram alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular

75 % de pessoas abrangidas pelo projeto que foram alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular

6. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

OBJETIVO OPERACIONAL 1 - Aplicar o projeto “Continuar a Acreditar” aos utentes que cumpram os critérios de inclusão

ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Realizar reunião com administração para apresentação e validação do projeto “Continuar a Acreditar”	Outubro	Enfermeiro chefe da Unidade São Luís Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.
Realizar reunião com equipa de enfermagem da unidade X para divulgação do projeto “Continuar a Acreditar”	Outubro	Enfermeiro chefe da Unidade X. Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade São Luís
Realizar reunião com profissionais da consulta de PLA -para divulgação do projeto “Continuar a Acreditar”	Novembro	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.
Referenciar os utentes abrangidos pelo projeto “Continuar a acreditar” para consulta de PLA ou psiquiatria	Dezembro Momento de admissão	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

OBJETIVO OPERACIONAL 2 - Avaliar se o utente foi alvo de intervenção por parte da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular

ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Realizar a consulta de follow up de enfermagem	Dezembro	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.

OBJETIVO OPERACIONAL 3 - Garantir a melhoria continua da qualidade do projeto

ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Realizar reunião com profissionais da consulta multidisciplinar de PLA ou psiquiatra particular -para avaliar e definir estratégias de melhoria e qualidade.	6/2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.

7. CONDICIONANTES

CONDICIONANTE/RISCO	IMPACTO NO PROJETO
1. Altas precoces	Não conclusão do projeto

2. ESTRATÉGIAS

ESTRATÉGIA PREVENTIVA	RESPONSÁVEL PELA ESTRATÉGIA PREVENTIVA
1. Articulação com o médico no planeamento da alta	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Enfermeiro Chefe da unidade

2. CUSTOS

RUBRICA	DESCRIÇÃO	CUSTOS ASSOCIADOS
---------	-----------	-------------------

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

		DESPESA MENSAL	DESPESA GLOBAL
Recursos Humanos	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental		
Equipamentos	<ul style="list-style-type: none">● Gabinete● Computador● Impressora● Telefone● Instrumentos de avaliação		
Material de desgaste	Material de escrita		
Custos de funcionamento	Sem custos diretos		
Outros			
TOTAL			

3. BIBLIOGRAFIA

- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Consumos, 2001-2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho de 2015. Diário da República n.º 122 - 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa.
- Henriques, F. (2004). Prevenção da Recaída- Usos, Abusos e Dependências. *Alcoolismo e Toxicodependência*, 2, 387-410. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. 1ªed. Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Consumos, 2001-2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Projeto Europeu de Cuidados Primários e Álcool (PHEPA).(2005).*Alcool e Cuidados de Saúde Primários Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves*. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/06/%C3%81lcool-e-Cuidados-de-Sa%C3%BAde-Prim%C3%A1rios.pdf>

“Continuar a acreditar”

PROJETO

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de Curto Internamento

- Lima, M.& Ribeiro, C. (2008). Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 317-322. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i2.10490>
- Silva, A. (2011). Terapia de Grupo focada nas emoções - Uma intervenção diferenciada com pacientes alcoólicos em recuperação. *Revista Toxicodependência*, 17, 43-51. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/533/artigo5_Vol17_n2.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2020). *Relatório Anual 2020- Descritivo de Respostas e intervenções do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências* - Horizonte 2020. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=177&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUri=BK/Publicacoes/
- Direção-Geral da Saúde (2018). Despacho n.º 1606/2018 de 15 de fevereiro de 2018. Diário da República n.º 33-2.ª série. Lisboa de https://iasaude.pt/attachments/article/3844/despacho_1606_2018_programa_saude_mental.pdf despacho_1606_2018_programa_saude_mental.pdf (iasaude.pt)
- Organização Mundial de Saude.(2022). *Alcool- Principais Factos*. WHO. Consultado a 11 de Outubro de 2023. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol ol (who.int)

PARECER DA DIREÇÃO RESPONSÁVEL:

ASSINATURAS:

Anexo 1

Planeamento da preparação para a alta ao utente e cuidador/pessoa significativa:

Na avaliação inicial: Identificar os utentes que cumprem os critérios de inclusão: utentes internados em modalidade de curto internamento para desabituação alcoólica com mais de 18 anos; e com consentimento informado para a implementação do Projeto: “Continuar a Acreditar”

Critérios de exclusão: não consentimento informado

- Registo e Monitorização dos utentes alvo do projeto
- Informar utente sobre o propósito do projeto: “Continuar a Acreditar”
- Identificar o profissional de saúde para a referênciação pós-alta juntamente com a pessoa/família/pessoa significativa.

Na Alta:

- Preencher “Carta de Referênciação da Alta” para o profissional de saúde previamente definido: deve constar: diagnósticos de Enfermagem, intervenções psicoterapêuticas concretizadas e ainda todas as informações relevantes para a continuidade de cuidados que assegurem a prevenção da recaída.
- Articular alta com resposta comunitária de proximidade aprovada pelo utente por email. (ex. CRI, consulta de PLA e psiquiatra particular)
- Programar contactos telefónicos, com a pessoa assistida /família/pessoa significativa (1 semana e um mês após a data da alta), de forma avaliar e ajudar no processo de alta da pessoa.
- Efetuar Registos no programa informático

Realizar consulta de follow up de enfermagem ao utente e cuidador/pessoa significativa:

1ª CONSULTA :

- Realizar consulta telefónica
- Avaliar a abstinência.
- Questionar se houve contacto por parte dos profissionais da consulta de PLA ou psiquiatra particular
- Identificar necessidades sentidas
- Esclarecimento de dúvidas
- Reforçar a referênciação caso seja identificada necessidade que o justifique
- Informar sobre o agendamento do segundo contacto telefónico.

2ª CONSULTA:

- Realizar consulta por via telefónica
- Avaliar a abstinência.
- Questionar se houve contacto por parte dos profissionais da consulta de PLA ou psiquiatra particular
- Identificar necessidades sentidas

- Esclarecimento de dúvidas
- Reforçar a referência caso seja identificada necessidade que o justifique
- Informar sobre termino do projeto “Continuar a Acreditar”.

Apêndice III - Apresentação: em PowerPoint da formação: “Critérios de Referenciação”

Consulta de Apoio Intensivo à Cessação tabágica

Crterios de Referenciação

Cátia Garim

Temas

- Intervenção Breve
- Critrios de referenciação para a CAICT
- Referenciação Interna para CAICT
- Balanço da atividade da CAICT

Tabagismo

- Doença crónica
- Constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública
- Uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura
- A cessação tabágica é a intervenção em saúde com melhor relação custo/efetividade
 - Intervenção Breve
 - Intervenção Intensiva

Intervenção Breve

- Há fumadores que necessitam de intervenções repetidas até fazerem a primeira tentativa
- Há fumadores que necessitam de tentativas repetidas até conseguirem a cessação prolongada/ definitiva
- Há fumadores que necessitam de apoio nas diversas tentativas

Intervenção Breve

Fumadores que não pretendem deixar de fumar

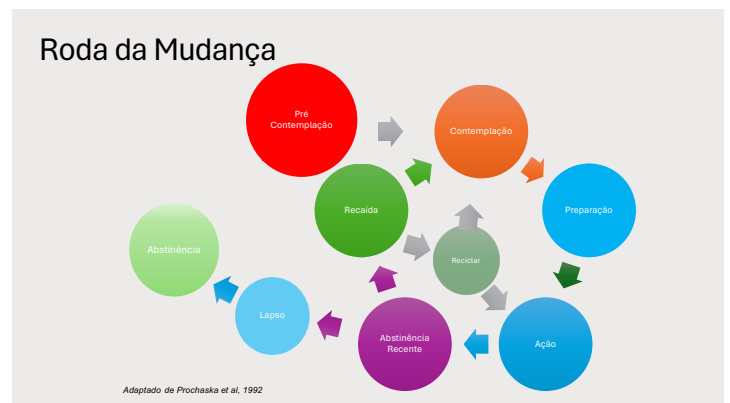
- Informar sobre as consequências do consumo e benefícios da cessação

Fumadores dissonantes/ ambivalentes

- Reforçar motivação
- Discutir e solucionar obstáculos

Fumadores que pretendem deixar/em abstinência

- Apoiar, fornecer ajuda
- Acompanhar
- Referenciar





Intervenção breve Estratégia

5 As

- Abordar
- Aconselhar
- Avaliar
- Apoiar
- Acompanhar

5 Rs

- Relevância
- Riscos
- Recompensa
- Resistências
- Repetição



Situações Especiais Janelas de oportunidade

- Internamento
- Gravidez
- Pré operatório
- Sinais e sintomas/diagnóstico de doença
- Exames complementares de diagnóstico
- Consultas

Intervenção Intensiva Critérios de Referência

- Fumador **MOTIVADOS**
- Fumar o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar
- Fumador que consome mais de 20 cigarros por dia
- Fumador com tentativa anterior seguida de recaída e síndrome privação intensa
- Patologias relacionadas com o tabaco em particular(Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Cancro do pulmão, Cardiopatia isquémica, arritmia ou HTA não controlada)
- Doença psiquiátrica compensada
- Grávidas ou em período de amamentação ou utentes em planeamento familiar que não respondem à intervenção breve



Consulta de Apoio Intensivo Condições de Acesso

- **Fumadores dispostos a aderir ao programa**
 - 4 a 6 consultas e 3 a 4 contactos telefónicos
 - No local e horário de funcionamento da consulta
- **Fumadores com patologia psiquiátrica**
 - Doença controlada e estável
 - Acompanhamento especializado assegurado
- **Fumadores com alcoolismo ou outras dependências**
 - Tratar primeiro outros consumos/dependências
 - Abstinência mantida e baixo risco de recaída
 - Orientar para serviço de tratamento de multidependências se disponível



Consulta de Apoio Intensivo

1ª Consulta	
2ª Consulta	
Dia D (tel.)	
3ª Consulta	8-15 dias após D
4ª Consulta	1 mês após D
5ª Consulta	2 meses após D (tel.)
6ª Consulta	3 meses após D
	6 meses após D (tel.)
	12 meses após D (tel.)



Referenciação Interna pelo Sclínico

- Utentes com critérios de referenciação
- Referenciação interna pelo Sclínico para a equipa de cessação tabágica
 - Motivo de referenciação
 - Observações (nº cigarros, anos de consumo, patologias, outra informação relevante)



Nome: CÁTIA FERNANDES GARM N.º utente: 175564215 N.º processo: 2591702

N.º contacto: 4602629 Local contacto: Unidade De Saúde Enfermeiro: Cátia Garm

Proveniência: Enfermeiro de Família: Cristina Martins Médico de Família: Alfredo Coulo Tipo: U Agendado:

Atividades Pessoais

- 22-03-2016 Neoplasia Maligna Da Mama Feminina
- 10-03-2021 Doença Respiratória Outra
- 20-12-2019 Esterilização Feminina
- 01-08-2018 Colelitase / Colelitase
- 12-07-2013 Síndrome Da Coluna Com Irradiação De Dor

Programas de saúde associados

- P.N.D. Rastreio de cancro do colo do útero
- Saúde do Adulto
- P.N.S.R. e Planeamento Familiar

Projetos associados

Equipa associada

Intervenções a Realizar no Contido

- Avaliar conhecimento sobre o uso de contraceptivos
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar risco de diabetes tipo 2
- Monitorizar perímetro abdominal
- Avaliar padrão de exercício
- Avaliar auto-vigilância
- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
- Avaliar potencial para melhorar a capacidade
- Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância de mama
- Avaliar capacidade para a auto-vigilância de mama
- Avaliar conhecimento sobre menstruação
- Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar
- Avaliar uso de contraceptivos
- Monitorizar altura

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: CÁTIA FERNANDES GARM Idade: 47 Anos N.º Utiliz.: 175564215 N.º Processo: 2591702

REFERENCIAÇÃO

Equipa Multidisciplinar

Profissional Responsável: BARBARA FURTADO

Carácter da referenciação: Normal Urgente

Motivo da Referenciação

Observações

Equipa Multidisciplinar

Unidade de Saúde: USAP PÓVOA DE LanhOSO

Designação	Unidade de saúde	Responsável	Especialidade	Data Criação
Consulta Tabaco		BARBARA FURTADO	MEDICINA GERAL E FAMILIAR (21.23.01)	

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: CÁTIA FERNANDES GARM Idade: 47 Anos N.º Utiliz.: 175564215 N.º Processo: 2591702

REFERENCIAÇÃO


Equipa Multidisciplinar

Profissional Responsável: BARBARA FURTADO

Carácter da referenciação: Normal Urgente


Motivo da Referenciação

Observações



Referenciação Dificuldades Sentidas

- Utentes incontactáveis
- Utentes não motivados
 - Utentes aceitam referenciação mas quando contactados recusam
 - Utentes que comprometem-se a contactar e não contactam
 - Utentes faltam à 1ª consulta
 - Vem à 1ª consulta e não regressam
- Utentes com doença mental não compensada



Balanço da Consulta

Taxa de Abstinência			
Ano	2021	2022	2023
	57%	63%	69%

2023

69 Ref
(19 não realizaram 1ª consulta: 11 MF e 8 TL)

Ano	1ª consulta	Consultas seguintes	Consultas seguintes à distância
2021	22	60	33
2022	48	164	113
2023	50	131	85

Vamos Continuar a Ajudar a Acreditar!!!

Muito Obrigada

Apêndice IV - Programa de Psicoeducação “Capacitar +”

Programa de psicoeducação CAPACITAR +	
Tipologia do programa	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Sessões em grupo, 1 x por semana: • Duração aproximada de 60 min
Local	<ul style="list-style-type: none"> • Sala Dr. António Palha
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cadeiras, mesas, canetas, computador, videoprojector, folhas brancas A4, material didático, retroprojektor • colchões*(Sessão 21/09/2023)
Momentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial antes do programa • Avaliação final após término do programa • Follow up após 1 meses do programa
Instrumentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Ansiedade de Hamilton; ○ Medida de adesão aos Tratamentos (MAT) ○ NOC sono
Público-alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes em regime de internamento, avaliados critérios de inclusão em Sessão de Avaliação(Individual).Utentes com pelo menos um dos diagnósticos de enfermagem ativos: <ul style="list-style-type: none"> - Gestão do regime terapêutico, ineficaz; - Insónia - Ansiedade e autocontrolo de ansiedade comprometido; - Processo de Pensamento Distorcido; - Humor deprimido;
Crítérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Défice cognitivo acentuado; • Atividade alucinatória e/ou delirante; • Agitação psicomotora; • Estado confusional; • Acuidade auditiva reduzida;
Objetivo geral	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar conhecimento acerca de ansiedade, higiene do sono, adesão ao regime medicamentoso e pensamentos • Promover a aquisição de competências e o desenvolvimento estratégias para lidar com a doença

Avaliação Inicial				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duraçã o
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Estabelecer o primeiro contacto com o utente; • Explicar do objetivo da sessão; • Obter consentimento de recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala Mesas Cadeiras • Canetas Folhas 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Escalas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Ansiedade de Hamilton; ○ Medida de adesão aos Tratamentos (MAT); ○ NOC sono; • Apresentar programa ao utente; • Identificar a presença de critérios de inclusão: Diagnóstico de Enfermagem; • Definir os objetivos do programa; • Disponibilizar capa com portefólio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 		40 min
Conclusão	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; <ul style="list-style-type: none"> • Agendamento da próxima sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min
Sessão 1: “Aprender a pensar”				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duraçã o
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentar Projeto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos do projeto; ○ N° de sessões e duração de cada sessão; ○ Conteúdos a apresentar em cada sessão; ○ Informar sobre os benefícios a alcançar com a participação no projeto • Quebra-gelo (Apresentação dos intervenientes e realização de exercício prático de perguntas e respostas para promover a descontração e facilitar a introdução do tema); 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala • Mesas • Cadeiras • Canetas • Folhas • Computador Retroprojeto r 	10 min

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Você encontrou uma lâmpada mágica e o génio concedeu-lhe 3 desejos – o que pedia? ○ Se não fosse o que é, o que gostaria de ser? E o que não gostaria? ○ Se fosse uma cor, qual seria? <ul style="list-style-type: none"> ● Se fosse um sentimento, qual seria? 			
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar sobre como o pensamento influencia as emoções e ações; ● Ensinar sobre emoções/ sentimentos e comportamento e a sua relação com os pensamentos; ● Esclarecer sobre como os vieses do pensamento podem gerar problemas na vida diária; ● Realizar exercícios práticos; ● Promover momento de partilha de experiência; ● Ensinar sobre substituição de pensamentos alternativos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ativo ● Expositivo ● Participativo ● Interrogativo 		40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Resumo da sessão; ● Esclarecimento de dúvidas; ● Agendamento da próxima sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ativo ● Interrogativo ● Participativo 		10 min
Sessão 2: “Ansiedade e o relaxamento”				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumprimentos iniciais; ● Quebra gelo (Jogo das mãos: tem como objetivo estimular a criatividade entre os participantes e analisar a capacidade de decisão de cada um.) ● Explicação do objetivo da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expositivo ● Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sala ● Mesas ● Cadeiras ● Computador ● Colchão 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Definir de ansiedade, abordagem aos sinais e sintomas da ansiedade com recurso a vídeo (Projeto descomplica) e brainstorming; ● Informar sobre a ciclo da ansiedade/pensamento/comportamento; ● Ensinar sobre estratégias para gerir a ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ativo ● Expositivo ● Participativo ● Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Retroprojeto r 	45 min

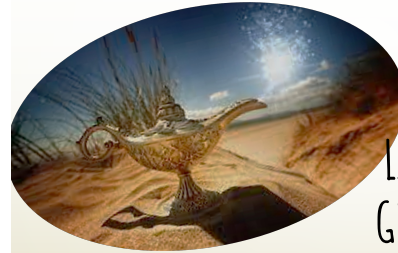
	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre quando pedir ajuda e sobre atitudes a evitar; • Ensinar exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento: para o início do relaxamento, e tranquilização da pessoa, para que possa estar mais atenta à execução dos exercícios seguintes. • Executar terapia de relaxamento (procedimento: Imaginação guiada “Os sentidos”) (ver em anexo) 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos utentes que manifestem o feedback da sessão; • Resumo da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min
Sessão 3: “Saúde mental ... o caminho”				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Quebra gelo (Jogo das mãos: uso das bola anti- stress fazendo analogia as estratégias para obtenção de saúde mental) • Explicação do objetivo da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala • Mesas • Cadeiras • Computador • Retroprojeto r • Bolas anti-stress 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Importância do sono ○ Perturbações do sono ○ Consequências do sono comprometido ○ Recomendações para melhorar a qualidade do sono • Ensinar sobre adesão <u>ao</u> regime terapêutico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Função da terapêutica ○ Efeitos secundários da terapêutica ○ Principais causas de abandono ○ Consequências da não adesão ao regime terapêutico ○ Estratégias adotar e mitos • Ensinar sobre relação entre a alimentação saudável, exercício físico com a saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 		45 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre estratégias de promoção da saúde mental 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos utentes que manifestem o feedback da sessão; • Resumo da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; <p>Avaliação o do programa de psicoeducação pelo feedback ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min

Apêndice V - Diapositivos das sessões do Programa “Capacitar +”

APRENDER A PENSAR

OS SEUS PENSAMENTOS



IMAGINE QUE
ENCONTROU UMA
LÂMPADA MÁGICA E O
GÊNIO CONCEDEU-LHE

**3 desejos :
o que pedia?**



QUEM GOSTARIA DE SER?



QUEM NÃO GOSTARIA DE SER?



*Eu não sei o que quero
ser, mas sei muito bem o
que não quero me
tornar.*

Friedrich Nietzsche

SE FOSSE UMA COR, QUAL SERIA?



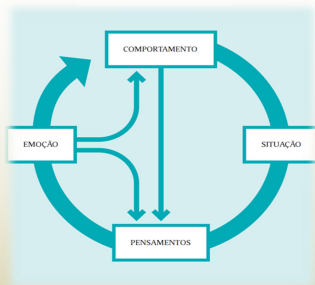
7

SE FOSSE UM SENTIMENTO, QUAL SERIA?

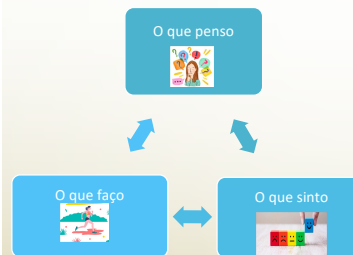


8

01 OS PENSAMENTOS



A ENFERMEIRA NÃO ME CUMPRIMENTOU QUANDO ME VIU NO CORREDOR.



• **O QUE É QUE EU PENSO:**

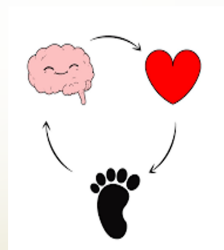
- ❑ APOSTO QUE A ENFERMEIRA NÃO GOSTA DE MIM.

• **COMO É QUE EU FICO:**

- ❑ TRISTE, SEM AUTOESTIMA (EMOÇÕES);
- ❑ NÃO SAÍ DO QUARTO, EVITO FALAR COM A ENFERMEIRA (COMPORTAMENTOS).

10

AS SITUAÇÕES, GERAM PENSAMENTOS, QUE LEVAM A CONSEQUÊNCIAS : EMOÇÕES E COMPORTAMENTOS.



11

02 PENSAMENTOS DESAJUSTADOS

- ❑ O FILTRO MENTAL
- ❑ A CATASTROFIZAÇÃO
- ❑ A LEITURA DA MENTE
- ❑ CONCLUSÕES PRECIPITADAS



FILTRO MENTAL

TENDÊNCIA PARA VALORIZAR OS DETALHES NEGATIVOS

Situação: A D. Maria celebra os seus 70 anos. Durante a festa de aniversário recebe muitos elogios dos convidados...



13



“OS MEUS CONVIDADOS ESTÃO ABORRECIDOS E NÃO SE SENTEM CONFORTÁVEIS AQUI.”

QUAIS SÃO AS CONSEQUÊNCIAS DESTE FILTRO MENTAL?

O HUMOR DA D. MARIA AFUNDA, ELA PREOCUPA-SE QUE OS CONVIDADOS NÃO POSSAM REALMENTE DESFRUTAR DA FESTA

ESTE PENSAMENTO É JUSTIFICADO?

NÃO

O QUE A D. MARIA PODE PENSAR EM VEZ DISSO?

“RECEBI MUITOS ELOGIOS DOS CONVIDADOS E TODOS PARECEM ESTAR A GOSTAR DA FESTA. SÓ PORQUE UMA PESSOA ACHA AS CADEIRAS DESCONFORTÁVEIS NÃO SIGNIFICA QUE TODOS OS CONVIDADOS PENSEM QUE A FESTA É UM FRACASSO.”

14

CATASTROFIZAÇÃO

PENSAR SEMPRE NO PIOR CENÁRIO POSSÍVEL.

EXEMPLO:

A D. MARIA OLHOU PARA O RELÓGIO E REPAROU QUE O SEU FILHO AINDA NÃO TINHA REGRESSADO A CASA CONFORME HABITUAL...



“O MEU FILHO AINDA NÃO CHEGOU, DEVE TER TIDO UM ACIDENTE”

QUAIS SÃO AS CONSEQUÊNCIAS DESTE PENSAMENTO ?

ESTE PENSAMENTO É JUSTIFICADO?

O QUE A D. MARIA PODE PENSAR EM VEZ DISSO?

- “ELE AINDA NÃO CHEGOU PORQUE DEVE TER IDO TER COM A NAMORADA”
- “ELE TEVE ALGUM CONTRATEMPO NO TRABALHO E TEVE QUE FICAR ATÉ MAIS TARDE ”

17

LER A MENTE

ACREDITAR QUE SE SABE O QUE OS OUTROS PENSAM E O MOTIVO PELO QUAL SE COMPORTAM DE DETERMINADA FORMA.

EXEMPLO:

DUAS PESSOAS PASSARAM POR MIM E ESTÃO JUNTAS E A RIR. VOCÊ OLHA PARA ELAS...



18

“ELES ESTÃO A RIR-SE DE MIM PORQUE NÃO GOSTAM DE MIM”.

☐ COMO SE SENTIAM SE ESTIVESSEM NESTA SITUAÇÃO?

☐ ESTE PENSAMENTO É JUSTIFICADO?

☐ O QUE PODE PENSAR EM VEZ DISSO?

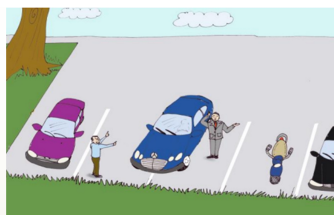
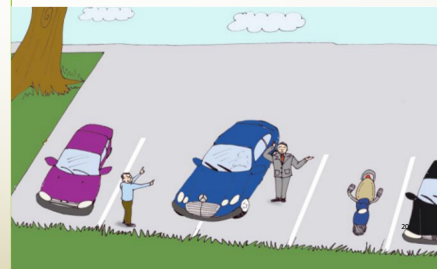
- “ELES ESTÃO A FALAR DE ALGUMA COISA ENGRAÇADA”.
- “ELES ESTÃO FELIZES POR ME VEREM!”

20

TIRAR CONCLUSÕES PRECIPITADAS

AS OPINIÕES OU IDEIAS QUE RETIRAMOS DE SITUAÇÕES SÃO BASEADAS EM INFORMAÇÕES LIMITADAS.

EXEMPLO: OBSERVE A IMAGEM

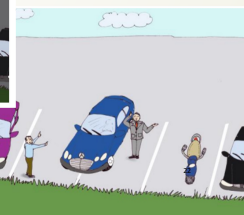
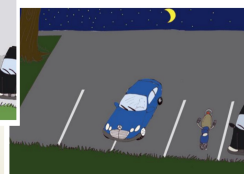
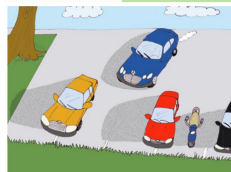


Qual a resposta mais provável?

- (1) Os homens discutem por causa de um lugar de estacionamento à sombra.
- (2) Um homem discute com o outro porque ocupou dois lugares de estacionamento.
- (3) O condutor do carro azul é injustamente criticado.
- (4) Os dois homens não concordam sobre a venda de um carro

21

SEQUÊNCIA DO ACONTECIMENTO



- (3) O condutor do carro azul é injustamente criticado.



03

COMO LIDAR COM OS PENSAMENTOS DESAJUSTADOS

1º Identificar o pensamento desajustado e como se está a sentir em relação a ele

2º Distanciar-se do pensamento e vê-lo só como pensamento
(os pensamentos são apenas pensamentos, não são factos e eu não sou só aquilo que penso)

3º Fazer uma análise ao pensamento
(pergunte-se sobre os factos que suportam o pensamento, o que pode ou não ser verdade, etc.)

4º Permitir-se a pensar diferente (se levar estes aspetos em consideração, de que outra forma posso interpretar esta situação? Esta explicação alternativa faz-me sentir melhor?)

EXEMPLOS DE PENSAMENTOS ALTERNATIVOS

“Eu nunca vou ser capaz de fazer isto” → “Estou a fazer o melhor que consigo”

“Isto é muito difícil” → “É difícil mas sou capaz”

“Nenhuma das terapias funcionou comigo, porque há-de esta funcionar?” → “Estou apenas desmotivado, sei que com empenho é possível, um dia de cada vez”.

“Não sou muito boa nisto e vou falhar” → “Não sei se consigo mas vou tentar”

DIFERENTE E MUDE SUA VIDA. PENSE IGUAL E NADA ACONTECERÁ.



DOUGLAS THIEL

OBRIGADA A TODOS PELA PARTICIPAÇÃO



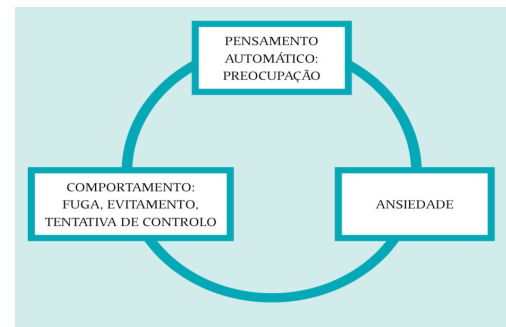
Ansiedade

❖ É considerado uma resposta biológica e psicológica normal do organismo perante situação de medo ou expectativa:

Exemplos: Intervenções médicas, grandes mudanças, acidentes de viação, exames, perda de familiares e amigos etc..



❖ Passa a ser uma perturbação mental quando atinge um valor extremo, provoca mal estar e alteração do funcionamento pessoal, familiar, social e profissional.



Sinais e sintomas da ansiedade

- ❖ Palpitações
- ❖ Dificuldade em respirar
- ❖ Náuseas
- ❖ Vômitos
- ❖ Prisão de ventre
- ❖ Irritabilidade
- ❖ Choro fácil
- ❖ Aumento da tensão arterial
- ❖ Transpiração
- ❖ Perturbações de sono, como dificuldade em adormecer
- ❖ Perda de desejo sexual
- ❖ Dores de cabeça e musculares
- ❖ Medos desproporcionais e permanentes
- ❖ Preocupação excessiva/obsessiva
- ❖ Pensamentos intrusivos negativos e incontroláveis
- ❖ Dificuldades de atenção e concentração
- ❖ Alterações do tom de voz, hiperatividade motora (ex: caminhar de um lado para o outro), roer as unhas...;



Estratégias para gerir a ansiedade

- ❖ Identificar o que o deixa mais nervoso
- ❖ Aceitar que não é possível controlar tudo
- ❖ Manter uma **atitude positiva**
- ❖ Planear as atividades diárias
- ❖ Ter **hábitos de vida saudáveis** (exercício físico /alimentação diversificada....)
- ❖ Promover higiene do **sono**;
- ❖ Realizar atividades de **relaxamento**
- ❖ Dedique tempo a **atividades** que lhe proporcionem prazer (ex: ler um livro, desenhar/pintar, ouvir música relaxante, conviver com amigos ...);
- ❖ Partilhar **sentimentos** e preocupações
- ❖ Promover um momento diário de **reflexão**.



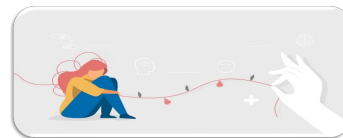


A evitar!!!!

- ❖ Usar todas as estratégias ao mesmo tempo
- ❖ Focar-se nas coisas que não consegue mudar
- ❖ Convencer-se que é único a passar por estes problemas
- ❖ Colocar-se em situações que o deixam nervoso
- ❖ Recorrer ao álcool, tabaco ou drogas para aliviar os sintomas da ansiedade.

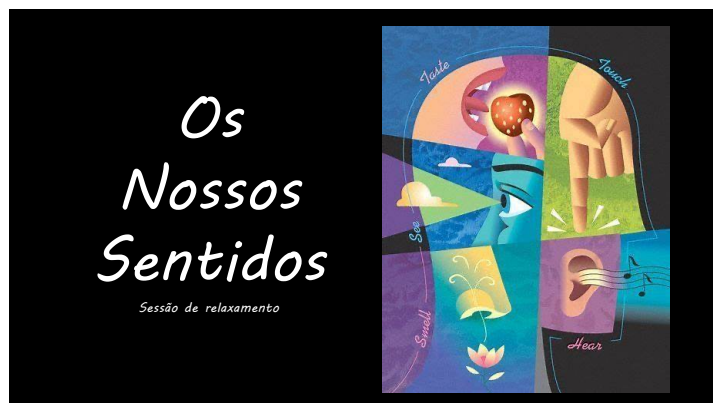
Quando pedir ajuda ?

- ❖ Quando apresentar quadros de ansiedade constantes ou ataques de pânico frequentes
- ❖ Se não conseguir gerir a ansiedade
- ❖ Se essa ansiedade afetar a sua vida pessoal e profissional
- ❖ Se apresentar comportamentos desajustados (evitamento/ fuga)



Técnica de Relaxamento

- ❖ Deite-se numa posição confortável, faça uma expiração profunda
- ❖ Inspire o ar pelo nariz e expire pela boca, sinta o ar a entrar e sair.
- ❖ Respire lenta e suavemente, sem qualquer esforço. Sinta o ar a descer para os pulmões e depois a sair novamente. Sinta o abdómen e o peito a subir e a descer o movimento das costelas.
- ❖ Continue, mais algum tempo, por si "Respire lentamente..."



Nunca é tarde demais para tentar algo de Novo

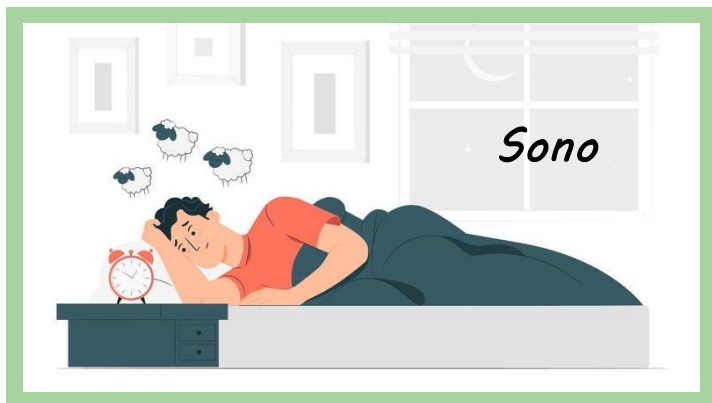
Obrigada a todos pela participação!!

Saúde Mental... O caminho...



Cátia Macedo
Cátia Garim
Paula Silva

04/10/2023

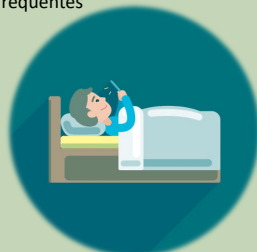


A importância do sono?

- ❖ O sono é uma necessidade fisiológica, com o mesmo grau de relevância que comer, beber, respirar, ou seja, é fundamental à nossa sobrevivência.
- ❖ É essencial à reparação e manutenção do equilíbrio biológico, psicológico e social de todo o ser humano.
- ❖ É um fenómeno cíclico (repete-se de 24/24h)

PERTURBAÇÕES DO SONO?

- As perturbações do sono caracterizam-se por um padrão de sono alterado e persistente, quer da **quantidade** ou **qualidade do sono**.
- As **insónias** são as perturbações mais frequentes



Consequências de um sono comprometido

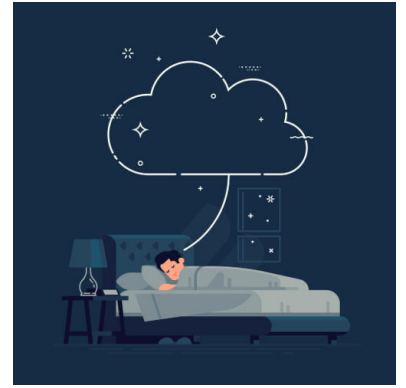
- Diminuição da diversas funções cognitivas (concentração, memória, atenção, etc...)
- Diminuição da capacidade de decisão e de raciocínio
- Diminuição a produtividade académica e profissional
- Acidentes rodoviários
- Desenvolvimento de problemas de saúde (doenças orgânicas e mentais)
- Alteração de Humor , irritabilidade e cansaço



Recomendações para melhorar a qualidade do sono

- Deitar e levantar sempre à mesma hora todas as noites
- Evitar o tabaco, álcool e bebidas com cafeína (café, chá preto, coca cola entre outros) a partir do final da tarde
- Praticar exercício físico regular preferindo os períodos da manhã ou almoço evitando a sua prática pelo menos 4 horas antes da hora de dormir
- Criar no quarto boas condições para o repouso, temperatura adequada, pouca luz e sem ruído
- Evite ler, ver televisão ou alimentar-se na cama
- Faça refeições ligeiras à noite e não se alimente próximo da hora de dormir
- Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer
- Não leve as preocupações diárias para a cama, tente libertar-se delas antes de ir dormir

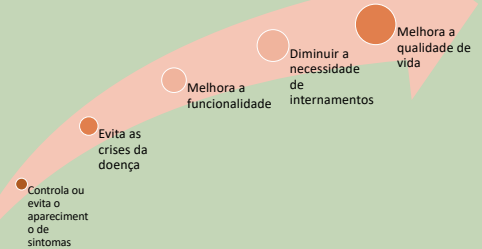
“Um bom sono é um sonho possível”



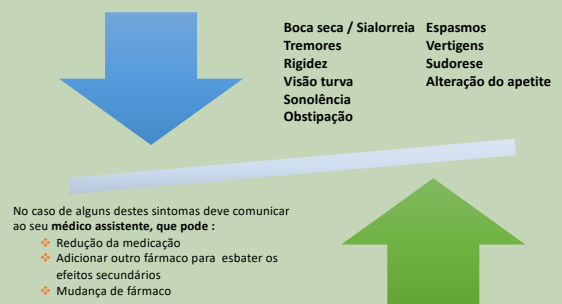
Adesão Terapêutica

A terapêutica é uma parte fundamental do tratamento da doença sendo uma situação de doença aguda ou crónica.

Função da terapêutica



Efeitos secundários da Terapêutica



Principais causas de abandono

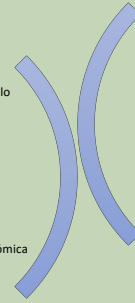
- Esquecimento;
- Ausência de consciência da doença;
- Demora no surgimento dos resultados;
- Falta de eficácia do fármaco;
- Complexidade do tratamento.



Falha na toma da medicação

- Não tomar a dose indicada
- Não respeitar os horários indicações dadas pelo médico
- Suspender de forma autônoma a medicação
- Faltar as consultas
- Não realizar os exames solicitados
- A pessoa sentir-se melhor
- Efeitos secundários da medicação
- Opinião de terceiros
- Falta de disponibilidade de medicação (económica etc...)

Aparecimento ou agravamento de sintomas
Recaída e internamentos



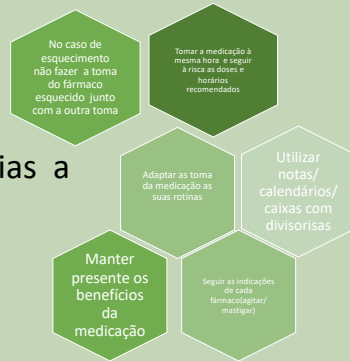
• Terapêutica VS Substâncias

Álcool	Intensifica o efeito sedativo, prejudica a capacidade de coordenação e a dificuldade respiratória
Haxixe	Impede o efeito, sendo responsável pela recaída da pessoa compensada. Leva a deterioração da personalidade e do cérebro
Tabaco	Diminui a eficácia

• O que é proibido

Tome somente a medicação que lhe foi prescrita a si...

Estratégias a adotar



Mitos

- "Procurar ajuda é sinal que sou fraco"
- "Todos os que fazem medicação psiquiátrica são loucos"
- "A medicação psiquiátrica é muito forte"
- "Com esta medicação vou ficar viciada e nunca vou conseguir deixar"
- "A medicação psiquiátrica vai trazer-me outras consequências para meu cérebro"
- "Os medicamentos vão me tornar outra pessoa"
- "A medicação psiquiátrica vai por sonolenta e promover o aumento do peso corporal"

Saúde mental e Qualidade de vida



Alimentação saudável para nutrir a mente



FATORES DE RISCO ALIMENTARES PARA A SAÚDE MENTAL

Existe uma forte relação entre o défice de determinados nutrientes e um prejuízo da saúde mental:

Vitamina B12

Alimentos de origem animal:
• vísceras
• carne
• peixe
• ovo
• laticínios

Ácido fólico

Vegetais de folha verde como o
• agrião
• espinafres
• couve lombarda
• leguminosas
• beterraba

Vitamina D

• Sardinha
• Salmão
• Dourada
• Ovo
• Obtenção de vitamina D é através da exposição solar

Magnésio

• amêndoa
• caju
• pinhão
• aveia
• trigo
• centeio
• leguminosas

Recordar de como comer melhor !!!

1. Cozinhe de forma simples: cozidos, estufados, guisados;
2. Consumo de alimentos locais, frescos e da época;
3. Preferir alimentos de origem vegetal em vez de alimentos de origem animal;
4. Preferir pão escuro e cereais pouco refinados;
5. Consumo frequente de peixe e baixo de carnes vermelhas;
6. Consumo moderado de laticínios;
7. A principal fonte de gordura deve ser o azeite;
8. Utilização de ervas aromáticas;
9. Água;
10. **Convívio à volta da mesa!**



Todo o movimento conta!



Exercício Físico e a Relação com a Saúde Mental:

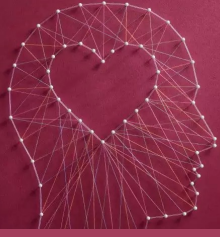
- Reduz o stress e a ansiedade;
- Melhora a qualidade do sono;
- Contribui para bom humor;
- Fortalece a memória;
- Melhora a agilidade mental e a energia;
- Melhora a autoestima;
- Aumenta a confiança;
- Estimula a organização de rotinas;
- Promove o convívio social.

O Exercício físico funciona como coadjuvante da terapêutica farmacológica e da psicoterapia exercendo também um papel crucial na prevenção da doença mental

Ter saúde mental

É estar bem consigo mesmo e com os outros





O que pode fazer pela sua Saúde Mental

1. Planear o seu dia a dia
2. Procurar de fazer o que gosta
3. Substitua os pensamentos desajustados por alternativos
4. Procure actividades de lazer (leitura, ouvir música e jogos)
5. Realizar exercícios de relaxamento
6. Aceitar as exigências da vida;
7. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis;
8. Cuide bem dos seus relacionamentos
9. Cuide de si – Tire um tempo para si e cuide do corpo
10. Seja otimista
11. Aceitar ajuda
12. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.



*Cultive a sua
saúde Mental*

Obrigada a todos pela participação!!

**Apêndice VI - Plano de Cuidados Individualizado
e Programas Psicoterapêuticos (Estimulação
Cognitiva, Relação de Ajuda formal e
Reestruturação Cognitiva)**

Nome: Sra. M.C.		Diagnóstico Clínico: Depressão Major	
Foco: Humor			
Atividades de Diagnóstico:			
<ul style="list-style-type: none"> Dados obtidos pela entrevista clínica Escala de depressão de Hamilton, score: 18 			
Dados relevantes: Humor depressivo com labilidade emocional. Utente relata sintomas depressivos, desesperança, ideação mórbida persistente, solidão, anedonia e angústia. A utente refere sentir “solidão, tristeza, angustia, aperto no peito, cisma” (sic). Referiu que já há vários meses que não cozinhava. Diz que desde que deixou de passar a ferro, mas principalmente de cozinhar sente-se inútil. Refere que cuidou de todos a vida toda e agora não consegue e não quer ser um peso para família.			
Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo, presença			
Resultado de Enfermagem esperado: Humor melhorado			
Objetivo:			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o Humor 			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar entrevista clínica 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar humor depressivo através de um instrumento – Escala de Depressão de Hamilton 	M	19/9/2023
25/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre Humor Depressivo 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar suporte emocional 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar escuta ativa 	M	4/10/2023
25/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Reestruturação Cognitiva] 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Estimulação Cognitiva] 	M	19/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Relação de ajuda] 	M	19/9/2023

11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">Treinar Competências sociais	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">Vigiar Equilíbrio do Humor	M	4/10/2023
Critérios de Resultado: <ul style="list-style-type: none">Dados obtidos pela entrevista clínica: A utente refere já não sentir tristeza, angústia nem aperto no peito, mas tem medo de voltar a sentir.Escala de depressão de Hamilton: score: 8 (score melhorado)			

Nome: Sra. M.C.		Diagnóstico Clínico: Depressão Major	
Foco: Ideação Suicida			
Atividades de Diagnóstico:			
<ul style="list-style-type: none"> Dados obtidos pela entrevista clínica Resultado NOC Vontade de Viver: 31 			
Dados relevantes: Utente encontrada pelo marido com alteração do estado de consciência, muito sonolenta com desaparecimento de medicamento. Recorreu ao SU por IMV. Na admissão a utente expressou que efetivamente vinha a planear conduta autolítica. Pensamentos recorrentes sobre morte, com ideação autolítica, mas sem definição de plano (Registo médico). A utente refere que se tentou matar com medicação. Refere ter tomado toda a medicação que tinha, diz que queria morrer e que não se sente arrependida. Quando lhe foi perguntado se mantinha a vontade de morrer referiu que que mantém vontade porque ainda se sente mal, tem consciência que precisa de ajuda. (avaliação inicial).			
Diagnóstico de Enfermagem: Ideação Suicida, presença			
Resultado de Enfermagem esperado: Ideação Suicida, ausência			
Objetivo:			
<ul style="list-style-type: none"> Eliminar a ideação suicida 			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar entrevista clínica 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar ideação suicida através do Resultado NOC Vontade de Viver (ver anexo) 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre estratégias de Redução de Ideação Suicida 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar Escuta ativa 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar Apoio Emocional 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar Prevenção do Suicídio 	M	4/10/2023
25/0/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Reestruturação Cognitiva] 	M	4/10/2023

11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">• Executar [Relação de Ajuda]	M	19/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">• Vigiar Ideação Suicida	M	4/10/2023
Critérios de Resultado: <ul style="list-style-type: none">• Dados obtidos por entrevista clínica: A utente refere que quer viver, que não sente arrependimento, mas que agora já não sente o mesmo que sentia quando tentou se matar, agora já não quer morrer, mas tem medo de voltar a sentir o que a levou a pensar na morte.• Resultado NOC Vontade de Viver: 40 (score melhorado)			

Nome: Sra. M.C.		Diagnóstico Clínico: Depressão Major	
Foco: Autocontrolo			
Atividades de Diagnóstico:			
<ul style="list-style-type: none"> Dados obtidos pela entrevista clínica Resultado NOC Autocontrolo Ansiedade score = 48 			
Dados relevantes: A utente apresenta tremores associados a ansiedade. A utente refere se sentir muito ansiosa e apresentar bruxismo, segundo ela causado pela ansiedade.			
Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo Ansiedade, comprometido			
Resultado de Enfermagem esperado: Autocontrolo Ansiedade, melhorado			
Objetivo:			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar Autocontrolo Ansiedade 			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar avaliação inicial 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar Autocontrolo Ansiedade através do Resultado NOC Autocontrolo: Ansiedade (ver anexo) 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar sinais vitais 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre estratégias de Autocontrolo 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar Escuta Ativa 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar Apoio Emocional 	M	4/10/2023
21/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Intervenção de Psicoeducação] 	M	4/10/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Relação de Ajuda] 	M	19/9/2023
25/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Reestruturação Cognitiva] 	M	4/9/2023

11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">• Treinar Técnicas de autocontrolo	M	4/9/2023
27/9/2023	<ul style="list-style-type: none">• Treinar Técnicas de relaxamento	M	27/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none">• Vigiar Autocontrolo Ansiedade	M	4/10/2023
Critérios de Resultado: <ul style="list-style-type: none">• Dados obtidos pela avaliação inicial: a utente refere já não sentir a angústia nem tantos tremores. Refere ainda bruxismo mas com menor intensidade.• Resultado NOC Autocontrolo Ansiedade: score: = 64 (score melhorado)			

Nome: Sra. M.C.		Diagnóstico Clínico: Depressão Major	
Foco: Cognição			
Atividades de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> Dados obtidos pela avaliação inicial Monitorizar a cognição através de escalas de avaliação da cognição MMSE (score:26) e TR (score:9) Monitorizar a independência para as AVDs através do Índice de Barthel (score=95) 			
Dados relevantes: Utente de 72 anos. professora, reformada há 20 anos. Apresenta perda de funcionalidade nas AVD's e apresenta progressão de declínio cognitivo (alteração da velocidade psicomotora, memória, verbal, fluência verbal e funções executivas), com perfil neuropsicológico sugestivo de défice cognitivo ligeiro. Refere: "perdia a ideia de como teria de confeccionar... e nem consigo descascar as batatas a meio.... fico desesperada"			
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida			
Resultado de Enfermagem esperado: Cognição melhorada			
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Manter Cognição. Manter os scores das escalas de cognição (MMSE e TR) (manter as funções da orientação, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva). Manter o score do Índice de Barthel (score=95) 			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
6/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar a cognição através da escala MMSE (ver nexo I) 	M	19/9/2023
6/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar a cognição através da escala TR (ver anexo I) 	M	19/9/2023
6/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar a independência para as AVD através do Índice de Barthel (ver anexo) 	M	19/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Executar [Estimulação Cognitiva] 	M	19/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Instruir sobre Técnicas Auxiliares de Compensação da Memória 	M	19/9/2023
11/9/2023	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar Cognição 	M	19/9/2023
Crítérios de Resultado: Manter ou Melhorar os scores MMSE=28 (Score melhorado) TR=9 (score mantido)e Índice de Barhel score=95.(score melhorado)			

Programa: Estimulação Cognitiva	
Local	Internamento
Data e Hora	Turno da manhã
Objetivo do programa	Estimular a cognição através do treino da memória à longo prazo e à curto prazo, treino de funções executivas: treino da linguagem, treino do cálculo e treino de habilidades construtivas.
Nº de sessões	6 sessões (diárias)
Duração da sessão	30 min
Duração do programa de estimulação cognitiva	2 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. (60 min) Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 1 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
1º Contacto (Avaliação inicial)	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Estabelecer o primeiro contacto com a utente • Avaliar a cognição e a funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar avaliação inicial (recolha de dados sociodemográficos e antecedentes) ○ Avaliar a cognição através de o exame mental MMSE, teste de relógio TR) ○ Avaliar a funcionalidade através do índice de Barthel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião da avaliação inicial • Instrumentos de avaliação • Caneta • Cadeira • Mesa 	60 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Explicar em que consiste a estimulação da cognição, a duração e o número de sessões previstas; • Apresentação dos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 3 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler e escrever as palavras. ▪ Observe com atenção as 2 fotografias, memorize os nomes ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: Pedir para cantar uma música popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo • Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Propor tarefa de casa: Solicitar que a utente escolha um acontecimento feliz da sua vida para relatar na próxima consulta 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: solicitar que a utente relate o acontecimento feliz que teve como TPC <ul style="list-style-type: none"> propor que pense nas pessoas importantes da sua vida, que indique quais são as pessoas de quem se sente mais próxima, que indique momentos que se recorda com essas pessoas. escrever quatro nomes de pessoas Solicitar que enumere quatro ervas aromáticas e que indique pratos que já confecionou que tenha ervas aromáticas e que identifique quais são as preferidas Propor tarefas de casa: Solicitar que escolha uma receita que gostava de confecionar para descrevê-la na próxima consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Folha de papel 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição (<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva a receita que escolheu para TPC ○ Treinar a memória a curto prazo através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 5 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler escrever as palavras. ▪ Observe com atenção as 3 fotografias, memorize os nomes (nome e apelido) ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar o cálculo: pedir para contar até 20 ○ Treinar a atenção: Observar dois conjuntos de símbolos, identificar se são iguais ou diferentes. ○ Treinar a habilidade construtiva: solicitar para construir uma torre com a peças apresentadas • Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na próxima consulta descreva a sua sobremesa preferida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Exercícios práticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Folha de papel 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição • Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva a sobremesa preferida que escolheu como trabalho de casa • Pedir para dizer o que a faz rir, o que a faz feliz • Treinar memória através de exercícios: 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar uma imagem com objetos e tentar memorizá-los ○ Pedir para responder, por escrito, as seguintes perguntas: Onde compra o pão? Onde se compram os medicamentos? Onde se compram as flores? Onde se compra a carne? Onde se encontra o peixe? Onde se compra roupa? Onde se compra os jornais? Onde se compra os sapatos? ○ Solicitar que indique os 3 objetos que viu na imagem do primeiro exercício. ● Treinar o cálculo: Perguntar quanto é 40-4, ao número encontrado retirar 4, e isso sucessivamente ● Treinar a habilidade construtiva: apresentar cartões com imagens, criar sequências e pedir para aplicar a mesma sequência 3 vezes. ● Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na sessão seguinte relate um acontecimento que marcou a sua profissão como professora primária 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Resumo da sessão ● Esclarecimento de dúvidas ● Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ativo ● Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras ● Mesa 	5 min
Sessão 5 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumprimentos iniciais ● Resumo da sessão anterior ● Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expositivo ● Interrogativo ● Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras ● Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente relate o acontecimento significativo da sua vida profissional (TPC) ○ Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever 4 nomes de animais e 4 nomes de frutas ▪ Ler com atenção um texto e tentar memorizá-lo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expositivo ● Participativo ● Ativo ● Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras ● Mesa ● Computador ● Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agora sem olhar para o texto responda, por escrito, as seguintes perguntas: Como se chama a Sra da história? Onde mora? Qual é sua profissão? A quanto alunos da aula ○ Treinar a atenção: Comparar os dois conjuntos e identificar se são iguais ou diferentes ○ Treinar o cálculo: Assinalar todos os conjuntos em que o número dentro da figura corresponde ao número de lados subtraindo 2 ○ Treinar as funções executivas: Observe as imagens e assinale o círculo com a cor que corresponde à palavra que está escrita. • Incentivar que a utente continue a treinar em casa com o marido, as estratégias aprendidas, ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade • Propor tarefa de casa: Solicitar a utente que pense em duas frases para descrever o que mais gostou das sessões 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o utente para o final da intervenção • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição • Realizar TPC. Solicitar à utente que escreva em duas frases o que mais gostou das sessões <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitar que indique um filme ou novela que mais gostou e pedir para falar acerca dele/dela. ○ Treinar a memória: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir para descrever o jantar do dia anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel • Instrumentos de avaliação e canetas 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitar que memorize as sete palavras e sem voltar a ler escrever as palavras numa folha ▪ solicitar que responda, por escrito, as seguintes perguntas: quantos dias tem uma semana? Quais são? Quantos meses tem um ano? Quais são? Quantas estações tem um ano? Quais são? Quantos dias tem um ano? Quantos dias tem um mês? Quantas horas tem um dia? Quantos minutos tem uma hora? • Incentivar que a utente continue a treinar em casa com o marido, a filha as estratégias aprendidas • Entregar a utente um manual personalizado com exercícios práticos de estimulação cognitiva • Ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade • Solicitar à utente que escreva em 1 frase sobre o que ganhou com esta intervenção • Aplicar as escalas de avaliação (Escala de MMSE e TR) • Realizar síntese da sessão • Esclarecer dúvidas 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida • Orientar para o follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Programa: Relação de Ajuda Formal	
Local	Internamento
Objetivo do programa	Desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade e o humor depressivo Melhorar o autocontrolo ansiedade e o humor
Nº de sessões	6 sessões diárias
Duração da sessão	45 minutos
Duração do programa	2 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 3 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 0 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo <ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Estabelecer relação terapêutica com a utente • Questionar sobre a motivação e interesse da utente em identificar e resolver o seu problema • Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade identificada • Identificar os diagnósticos de Enfermagem (autocontrolo ansiedade, comprometido, humor depressivo, presença, ideação suicida, presença) que retrate a necessidade de ajuda da pessoa • Negociar um contrato terapêutico com a utente • Propor uma estratégia de intervenção adaptada a utente e ao seu problema (RAF), clarificando as responsabilidades e o papel de cada um • Informar sobre a intervenção, explicar em que consiste a RAF 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar escala de avaliação NOC “Autocontrolo Ansiedade”, NOC: Vontade de Viver, Escala de depressão de Hamilton 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas Explicar em que consiste a RAF Explicar à utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas Clarificar papel de cada interveniente Clarificar e caracterizar os diagnósticos de Enfermagem (autocontrolo ansiedade, comprometido, humor depressivo, presença, ideação suicida, presença ao qual a RAF dará resposta Informar sobre as implicações dos diagnósticos: Definir objetivos e avaliar as expectativas da utente quanto à intervenção Promover a relação terapêutica através da criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento Informar sobre a importância da participação ativa do utente no processo de mudança Motivar a utente para o processo de mudança. Promover que a utente exprima a sua necessidade de ajuda Executar escuta ativa 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas • Executar escuta ativa • Oferecer suporte emocional • Avaliar as dificuldades e as suas causas relativas a ansiedade e ao humor depressivo • Analisar as estratégias utilizadas no seu dia a dia e agora no internamento para lidar a tristeza, a angústia e o aperto no peito que sente. • Incentivar que a utente identifique o que mais a afeta • Orientar na procura de estratégias de resolução do problema: <ul style="list-style-type: none"> ○ identificar com a utente as forças e as fraquezas que utiliza para ultrapassar a ansiedade, a angústia, a tristeza e o aperto no peito ○ incentivar a planear interação social com os outros utentes • Discutir as vantagens e desvantagens das estratégias delineadas • Orientar a utente para pensar em estratégias alternativas para enfrentar a angústia, a tristeza e o aperto no peito • Incentivar o treino das estratégias delineadas durante o internamento • Permitir que a utente verbalize medos, preocupações, dificuldades sentidas relativas a implementação das estratégias definidas para lidar com a ansiedade e a depressão • Realizar reforço positivo sobre melhorias do estado de saúde, motivar e envolver o utente no processo de mudança; • Propor tarefa de casa: Solicitar que a utente escreva numa folha os momentos em que sentiu tristeza, angústia e aperto no peito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte; • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Questionar o utente acerca dos resultados da tarefa de casa: solicitar que leia o que escreveu. • Analisar os meios utilizados pela utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas • Oferecer suporte emocional • Executar escuta ativa • Solicitar que a utente identifique: <ul style="list-style-type: none"> ○ a causa da angústia ○ a causa da tristeza ○ os stressores (que desencadeiam a tristeza, angustia, aperto no peito) • Incentivar a utente a partilhar os seus medos, preocupações relacionadas com os elementos stressores e desencadeadores da ansiedade e depressão • Auxiliar a utente a identificar todas as alternativas possíveis para lidar com as causas desencadeadoras de tristeza de ansiedade • Incentivar a utente a planear o seu dia a dia, a ter objetivos definidos desde que se levante até que se deite. • Identificar com a utente como gostaria e como pode preencher o seu dia a dia (centro de dia, visita à irmã, visitas às amigas de Barcelinhos, ver o Preço Certo, ouvir música) • Incentivar o treino das estratégias delineadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar à utente realização de tarefa de casa: apontar numa folha quais as estratégias que pensa adotar nos momentos em que sentir a angustia e o aperto no peito 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Pedir a utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Questionar a utente acerca dos resultados da tarefa de casa com recurso à escuta ativa Analisar os meios utilizados pela utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas Solicitar que a utente identifique: <ul style="list-style-type: none"> o que a faz feliz, o que gosta de fazer de quem mais gosta Incentivar a utente a pensar no que a faz feliz, a faz rir, nas pessoas de quem gosta nos momentos de tristeza, angustia e aperto no peito. Promover um momento de bem estar através de um momento musical: ouvir o Matias Damásio Promover que a utente olhe para o futuro de uma forma positiva Oferecer suporte emocional Elogiar a implementação das estratégias delineadas Realizar o treino das estratégias anteriormente definidas com recurso à técnica de role-playing 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Telefone (música) 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ○ apresentar situações hipotéticas semelhantes às situações causadoras de angústia e tristeza partilhadas pela utente ○ imaginar que fosse um ente querido a viver uma situação semelhante ○ pedir o que faria e o que diria ● Permitir que a utente verbalize medos, preocupações relativas a implementação das estratégias definidas ● Promover a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos ● Solicitar à utente que nomeie uma pessoa significativa que o possa ajudar na implementação das novas estratégias: a utente identificou a filha e o marido 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Pedir a utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte ● Preparar o utente para o final da intervenção ● Resumo da sessão ● Esclarecimento de dúvidas ● Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ativo ● Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras ● Mesa 	5 min
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumprimentos iniciais ● Resumo da sessão anterior ● Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expositivo ● Interrogativo ● Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadeiras ● Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Pedir a utente para fazer uma síntese do percurso percorrido e uma avaliação da RAF que se concluiu ● Rever com a utente o processo de mudança ● Promover a transição do utente entre a situação atual e a situação futuro ● Solicitar que a utente identifique os ganhos obtidos após implementação da intervenção ● Promover que a utente verbalize as melhorias que sentiu ao longo do processo (estado emocional, pensamentos etc...) ● Promover que a utente continue a aplicar estratégias aprendidas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Expositivo ● Participativo ● Ativo ● Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Computador ● Cadeiras ● Mesa ● Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar que a utente continue a implementar as estratégias aprendidas com o marido e a filha, pessoas que designou como significativa • Solicitar à utente que escreva em 2 ou 3 frases o que ganhou com esta intervenção • Aplicar escala de avaliação NOC “Autocontrolo Ansiedade” NOC: Vontade de Viver, Escala de depressão de Hamilton 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Programa : Reestruturação Cognitiva	
Local	Internamento
Objetivo do programa	Promover a reestruturação cognitiva (substituição de pensamentos desajustados por pensamentos alternativos)
Nº de sessões	6 sessões
Duração da sessão	45 minutos
Duração do programa	2 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. (60 min) Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 3 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico a cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão Inicial Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer ligação com a utente • Realizar a avaliação da utente • Aplicar escala de avaliação NOC "Autocontrolo Ansiedade", NOC: Vontade de Viver, Escala de depressão de Hamilton • Pedir a utente para descrever um dia habitual • Apresentar à utente os diagnósticos de enfermagem face aos dados colhidos e debatê-lo com a mesma. • Definir objetivos com a utente de acordo com os problemas identificados que serão o foco da nossa intervenção ao longo das sessões. • Explicar em que consiste a reestruturação cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Explicar à utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicar os objetivos da Reestruturação Cognitiva. Explicar o objetivo e funcionamento das sessões Explicar o objetivo desta sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Esquematizar um problema do quotidiano e pedir para resolver na lógica da situação A leva à consequência C, de seguida introduzir a variável B (cognições/pensamentos) Solicitar que descreva exemplos do seu dia a dia em que os seus pensamentos provocaram emoções desagradáveis, preencher um quadro seguindo “o que aconteceu, o que pensei, o que senti” Realizar sínteses do modelo-cognitivo-comportamental “Penso, Sinto e Faço” Incentivar a verbalização de um dos pensamentos negativos mais frequente e com base nesse pensamento (ex: eu sou inútil) criar uma situação fictícia e através de um role play procurar alternativas de pensamento Realizar intrerligação com a formação “Aprender a Pensar...”realizada no contexto da psicoeducação com o objetivo de reforçar os conteúdos. Ensinar sobre a ansiedade Realizar intrerligação com a formação “Ansiedade realizada no contexto da psicoeducação com o objetivo de reforçar a aprendizagem dos conteúdos. Questionar sobre medos/preocupações e situações de vivências da ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a ansiedade através de um esquema “Compreender a ansiedade” • Sensibilizar para a consciência que a ansiedade coabite com a depressão: apresentar o esquema da depressão. • Promover a partilha de momentos felizes antes de começar a sentir ansiedade e depressão (ex: viagens pelo mundo) 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Solicitar à utente feedback sobre a sessão • Esclarecimento de dúvidas • TPC para a próxima sessão: Solicitar que até à próxima consulta pense em atividades habituais de um dia • Cumprimentos finais • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão • Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, solicitar que descreva as atividades de um dia (escrever numa folha) • Explicar o objetivo de agenda diária e discutir o que alterar (fazer referência a integração em centro de dia) • Dar exemplos relacionando com os seguintes princípios: planear diariamente, pensar no que fazia antes de se sentir deprimida, procura tarefas que goste de fazer. Incentivar a programar atividades • Enumerar sinais corporais identificados pela utente em situações de humor deprimido • Ensinar sobre pensamento automático e interligar com situações do quotidiano • Explorar pensamentos automáticos a partir de situações descritas. Fornecer ficha para explorar pensamento • Ensinar estratégias para mudar de comportamentos e quebrar o ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Intervir à nível dos pensamentos, na avaliação cognitiva e adoção de estratégias eficazes • Ensinar sobre a distorção e soluções ineficazes dos problemas 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Solicitar à utente feedback sobre a sessão • TPC para a próxima sessão: Solicitar que até à próxima consulta registe pensamentos automáticos • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão • Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, incentivar a partilha de pensamentos automáticos • Promover o questionamento • Promover o treino individual de identificação de pensamentos • Relembrar a interligação entre situações, pensamentos e humor • Sensibilizar para a importância de aprendizagem de diferentes formas de pensar e agir • Ensinar sobre estratégias cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar pensamento ○ Ampliar visão acerca da situação pelo questionamento lógico ○ Reconhecer erros de pensamentos e pensamentos alternativas • Fornecer uma lista simplificada como possíveis erros de pensamentos/distorções podem levar a erros • Ensinar sobre pensamento alternativo, comportamento e estratégias eficazes para resolução de problemas • Realizar role play através de uma situação hipotética para identificar a capacidade da utente em identificar os 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<p>pensamentos automáticos negativos e a capacidade de definir pensamentos alternativos adequados à situação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a verbalização dos pensamentos negativos mais comum: “Não cozinho, nem passo a ferro sou inútil” e “Sou um peso para a minha família” • Promover que a utente identifique pensamentos alternativos aos negativos. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Solicitar à utente feedback sobre a sessão • TPC para a próxima sessão: Solicitar que registe os pensamentos alternativos que utilizou para combater os pensamentos automáticos negativos • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão • Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, apresentação dos registos dos pensamentos alternativos • Apresentar uma lista de crenças e solicitar à utente que considere verdadeiras • Ensinar estratégias para lidar com os pensamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ignorar ○ Promover autoinstruções ○ Rever o pensamento alternativo ○ Articular com vivências previamente partilhadas (ex: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser inútil por não cozinhar ▪ Ser um peso para os familiares ▪ Que vai voltar a sentir a angústia • Escolher uma crença que a utente • identificou na lista, enfraquecê-la através de questionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Relacionar a adoção de comportamentos disfuncionais e determinadas crenças limitativas (exemplificar com vivenciais partilhadas) Reforçar o ensino sobre padrão de pensamentos/ crenças/ sobre como identificar e enfraquecer crenças e sobre pensamento alternativo Ensinar sobre assertividade Dinamizar role-play: situações em que a utente gostaria de ter sido assertiva Refletir sobre a importância de recorrer a assertividade 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Solicitar à utente feedback sobre a sessão Solicitar à utente realização de tarefa para próxima sessão: Propor a auto monitorização num diário e aplicação de estratégias treinadas e sugeridas nas sessões anteriores Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Rever com a utente as competências cognitivas que desenvolveu Antecipar, juntamente com a utente, potenciais fatores stressores e sintomas de recaída reforçando as estratégias que a utente desenvolveu ao longo das sessões Identificar as situações nas quais a utente deve procurar ajuda junto de um profissional de saúde mental Preparar a utente para a inevitabilidade das dificuldades futuras, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas para as enfrentar Discutir os progressos do utente ao longo das sessões elogiando progressos 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a utente a utilizar 10-15 minutos por semana para avaliar o seu humor, uso de estratégias de resolução de problemas ou emoções que possam afetar o seu humor e desencadear ansiedade • Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma • Aplicar escala de avaliação resultado NOC: Ansiedade e Escala de Depressão de Hamilton 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Solicitar à utente feedback sobre a sessão • Esclarecer as dúvidas • Cumprimentos finais 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Apêndice VII - Programa: “As Emoções e Eu”

Programa de Promoção de Competências Emocionais “As Emoções....e Eu”	
População alvo	Crianças do pré-escolar de um jardim de infância (3 a 6 anos)
Critérios de inclusão	Ser criança Frequentar o pré-escolar do jardim infância
Critérios de exclusão	Criança com défices cognitivos que não permitam entender a informação transmitida.
Nº sessões	Três sessões, duas em duas semanas consecutivas e uma sessão de Follow up 15 dias depois
Sessão1	Tema: Apresentação, Coesão grupal e Autoconhecimento Emocional
Sessão 2	Tema: Autoconhecimento Emocional e Gestão Emocional
Sessão 3	Tema: Follow up: Avaliação dos Conhecimentos adquiridos
Nº de participantes	A definir
Objetivos	Promover competências emocionais: autoconhecimento emocional e gestão emocional
Modelo	Modelo de Intervenção Psicoeducativa em Enfermagem de Saúde Mental
Intervenção	Executar intervenção psicoeducativa
Resultado Esperado	Proporcionar maior conhecimento do valor e da interpretação das emoções.
Avaliação	Folow up 15 dias após realização das duas sessões

Sessão 1: Apresentação, Coesão grupal e Autoconhecimento Emocional			
Data: A definir	Hora:	Local: Sala de um jardim de infância na área de abrangência da UCC onde o estágio II foi realizado	
Responsáveis: Alunas de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Enfermeiras Cátia Garim e Cátia Macedo		Destinatários: Crianças do pré-escolar do Jardim de Infância X	
Objetivo Geral: Promover o autoconhecimento na dimensão emocional			
Objetivo Específico: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a criança a reconhecer as suas emoções 			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento das crianças • Apresentação dos Enfermeiros • Apresentação do objetivo da sessão • Apresentação das crianças e promoção da coesão grupal através de uma atividade quebra-gelo • Leitura da história “O Monstro das Cores” • Caracterização de cada emoção: Raiva, Tristeza, Alegria, Medo e Calma através das cartas (Enumerar situações em que sente a emoção em questão) • Colorir um monstro de acordo com a pergunta “E agora: qual é emoção que estás a sentir?” • Proposta de uma tarefa para casa: questionar os pais/encarregados de educação sobre os seus medos na infância e sobre as estratégias que adotavam para se tranquilizar. • Síntese da sessão e esclarecimento de dúvidas 	Metodologias <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Interrogativa • Demonstrativa • Reflexiva • Ativo 	Material <ul style="list-style-type: none"> • Livro • Cartas • Folhas para colorir • Lápis de cor 	Duração 60 min
Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas dirigidas • Resultado das atividades 			

Sessão 2: Autoconhecimento Emocional e Gestão Emocional			
Data: A definir	Hora: A definir	Local: Sala de um jardim de infância na área de abrangência da UCC onde o estágio II foi realizado	
Responsáveis: Alunas de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Enfermeiras Cátia Garim e Cátia Macedo		Destinatários: Crianças do pré-escolar do Jardim de Infância X	
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Promover o autoconhecimento na sua dimensão emocional • Promover a gestão emocional 			
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a criança a gerir a suas emoções • Capacitar a criança a autorregular-se reconhecendo os seus limites e as suas potencialidades 			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento das crianças • Apresentação do objetivo da sessão • Promoção da coesão grupal através de uma atividade quebra-gelo • Realização de síntese da sessão anterior e dos conhecimentos adquiridos através da realização da atividade “Roda o Monstro” • Partilha dos resultados da tarefa de casa • Promoção da gestão das emoções e autorregulação através da atividade “Os frascos e os pompons” e da atividade “Yoga do Monstro Verde” • Decoração do frasco “CALMA “(que irá ficar na sala). • Entrega de um marcador a cada aluno com os monstros das cores associado à pergunta “Como te sentes hoje?” • Síntese e esclarecimento de dúvidas • Agendamento da sessão de follow up 	Metodologias <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Interrogativa • Demonstrativa • Reflexiva • Ativo 	Material <ul style="list-style-type: none"> • Frascos • Pompons • Roda dos monstros • Cartas • Autocolantes 	Duração 60 min
Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas dirigidas • Resultado das atividades 			

Sessão 3: Follow up: Avaliação dos Conhecimentos adquiridos			
Data: A definir	Hora: A definir	Local: Sala de um jardim de infância na área de abrangência da UCC onde o estágio II foi realizado	
Responsáveis: Alunas de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Enfermeiras Cátia Garim e Cátia Macedo		Destinatários: Crianças do pré-escolar do Jardim de Infância X	
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Promover o autoconhecimento na sua dimensão emocional • Promover a gestão emocional 			
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os conhecimentos adquiridos nas duas sessões realizadas 			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento das crianças • Apresentação do objetivo da sessão • Promoção da coesão grupal através de uma atividade quebra-gelo • Realização da Atividade: “Advinha a emoção”, • Realização da atividade: “o jogo de mímica” • Realização da atividade: Yoga do Monstro Verde • Síntese e esclarecimento de dúvidas 	Metodologias <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Interrogativa • Demonstrativa • Reflexiva • Ativo 	Material <ul style="list-style-type: none"> • Cartas 	Duração 60 min
Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas dirigidas • Resultado das atividades 			

Apêndice VIII - Marcador: “O Monstro das Cores”



Como te sentes hoje ?

Apêndice IX - Programa de Relação de Ajuda

Programa: Relação de Ajuda Formal	
Local	Escola da área de abrangência da UCC onde o estágio II foi realizado
Objetivo do programa	Melhorar a aceitação do estado de saúde
Nº de sessões	4 sessões (3 com a aluna, 1 com a mãe e uma com a turma)
Duração da sessão	60 minutos
Duração do programa	4 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 15 dias após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 0 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo <ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Estabelecer relação terapêutica com o utente/mãe • Avaliar o conhecimento da utente sobre a sua nova condição de saúde • Clarificar as expectativas da utente e da mãe face à dificuldade identificada • Identificar os diagnósticos de Enfermagem: aceitação do estado de saúde comprometido • Propor uma estratégia de intervenção adaptada ao utente/mãe e ao seu problema (RAF), clarificando as responsabilidades e o papel de cada um 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	50 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a intervenção, explicar em que consiste a RAF 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar resumo da sessão • Esclarecer as dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas • Explicar em que consiste a RAF • Explicar à utente o objetivo das sessões (individual, com a mãe e em grupo), informar acerca da duração e do número de sessões previstas • Clarificar sobre o papel de cada um dos intervenientes • Clarificar e caracterizar os diagnósticos de Enfermagem: aceitação do estado de saúde comprometido ao qual a RAF dará resposta • Informar sobre as implicações do diagnóstico • Definir objetivos e avaliar as expectativas da utente quanto à intervenção • Promover a relação terapêutica • Informar sobre a importância da participação ativa da utente no processo de mudança • Motivar a utente para o processo de mudança. • Promover que a utente exprima a sua necessidade de ajuda • Executar escuta ativa • Realizar a leitura do livro: “O Lado Bom” • Analisar e conversar acerca da mensagem do livro • Realizar paralelismo entre o processo de aceitação da condição de saúde vivenciado pela utente e a mensagem do livro. • Criar os óculos semelhantes aos óculos do livro com recurso a materiais disponibilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Propor Tarefa de Casa: Solicitar que a utente com a ajuda de a mãe reúna, na caixa que lhe foi entregue, fotografias/ imagens/ recortes que representam o lado bom da sua vida. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Executar escuta ativa Oferecer suporte emocional Questionar a utente acerca da tarefa de casa, abrir a caixa e refletir sobre as fotos/imagens/ recortes escolhidos e conversar sobre a importância dos elementos escolhidos. Promover a partilha do seu dia a dia Promover a expressão dos medos e das preocupações relacionados com a nova condição de saúde com recurso à técnica de role play. (simular uma situação fictícia cuja protagonista é a personagem do livro “O lado Bom” Identificar com a utente, atividades que lhe proporcione bem-estar Com base nas suas vivências identificar estratégias que lhe permitem aceitar a sua condição de saúde Incentivar o treino das estratégias delineadas Tarefa de Casa: Ler em casa, com a mãe, o livro: “uma lição de amor” 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ao utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte; Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Questionar a utente acerca dos resultados da tarefa de casa: solicitar a opinião da utente acerca do livro • Analisar os meios utilizados pela utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas • Oferecer suporte emocional • Executar escuta ativa • Ler o livro “Uma Lição de amor” na turma da aluna • Solicitar que cada aluno escreva num papel “Qual é a mensagem da história” • Refletir acerca da mensagem do livro • Solicitar aos alunos que realizem um desenho que retrate a história ouvida 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	50 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir à utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte • Preparar o utente para o final da intervenção • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Analisar os meios utilizados pela utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas • Oferecer suporte emocional • Executar escuta ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa • Telefone (música) 	20 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a mãe sobre a estratégias utilizadas ao longo das sessões anteriores • Incentivar, junto da mãe, o treino das estratégias delineadas no contexto escolar e em casa • Identificar, junto da mãe, os ganhos obtidos ao longo das sessões 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar a utente e a mãe para o final da intervenção • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da consulta de follow up (15 dias após) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Apêndice X - Programa Estimulação Cognitiva

Programa: Estimulação Cognitiva

Local	Domicílio da área de abrangência da UCC onde o estágio II foi realizado
Data e Hora	Turno da manhã
Objetivo do programa	Estimular a cognição através do treino da memória à curto prazo e à longo prazo, treino de funções executivas: treino da linguagem, treino do cálculo e treino de habilidades construtivas.
Nº de sessões	6 sessões
Duração da sessão	60 min
Duração do programa de estimulação cognitiva	3 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 1 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
1º Contacto (Avaliação inicial)	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Estabelecer o primeiro contacto com a utente • Avaliar a cognição e a funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar avaliação inicial (recolha de dados sociodemográficos e antecedentes) ○ Avaliar a cognição através de o exame mental MMSE, teste de relógio-TR) ○ Avaliar a funcionalidade através do índice de Barthel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião da avaliação inicial • Instrumentos de avaliação • Caneta • Cadeira • Mesa 	60 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Explicar em que consiste a estimulação da cognição, a duração e o número de sessões previstas; • Apresentação dos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 3 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler e escrever as palavras. ▪ Observe com atenção 2 fotografias, memorize os nomes ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Treinar a atenção: Observar dois conjuntos de símbolos, identificar se são iguais ou diferentes. ▪ Tentar recordar a imagem com formas geométricas que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: Pedir para 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo • Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel • Lápis • 2 Fotos pessoais 	50 min

	<p>Descrever 2 fotos (que se encontram na sala), identificar as pessoas e o contexto em que foram tiradas as fotos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Propor tarefa de casa: Solicitar que o utente escreva 3 nomes de jogadores do eu clube preferido: o sporting 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar resumo da sessão • Esclarecer as dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular a cognição: solicitar que o utente leia os 3 nomes dos jogadores do sporting que escreveu para a tarefa de casa ○ Treinar o cálculo através de contas de adição, subtração e multiplicação. ○ Treinar a memória: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar as imagens e tentar memorizalas ▪ Escrever quatro animais ▪ escrever quatro nomes de pessoas significativas) propor que pense nas pessoas importantes da sua vida, que indique 2, refira momentos importantes vividos com essas pessoas ▪ Com recurso a imagem solicitar que o utente identifique os 3 objetos da imagem anterior ▪ Solicitar que enumere 3 marcas de carro ▪ Durante uma caminhada no jardim, solicitar que o utente enumere identifique as plantas e ervas aromáticas • Propor tarefas de casa: Solicitar que o utente escolha uma notícia do jornal a bola 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo • Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	50 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento da próxima sessão 			
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitar que o utente leia um paragrafo da notícia da Bola que escolheu para TPC e responda à perguntas sobre a mesma. ○ Treinar a memória a longo prazo através das seguintes perguntas: Quais dias tem uma semana e quais são? Quantos meses tem um ano e quais são? Quantos estações tem uma no e quais são? Identificar o dia da semana , o mês e a estação em que estamos. ○ Treinar a memória a curto prazo através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 5 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler, escrever as palavras. ▪ Observar com atenção as 3 fotografias, memorize os nomes (nome e apelido), passando 5 min tentar recordar los ▪ Abrir o site do sporting e solicitar ao utente que leia o nome de todos jogadores do plantel. No fim solicitar que identifique 3 nomes de jogadores ○ Treinar o cálculo através de contas de subtração e de adição ○ Treinar a atenção: Observar conjuntos de imagens e identificar as diferenças • Propor tarefas de casa: Solicitar que o utente leia o jornal à bola 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo • Exercícios práticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel • Lápis • Jornal: A Bola 	50 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras 	5 min

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular a cognição: Treinar a memória: Solicitar que o utente identifique o que leu no dia anterior na Bola, colocar 2 perguntas. ○ Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar uma imagem com objetos e tentar memorizá-los ▪ Pedir para responder, oralmente às seguintes perguntas: Onde compra o pão? Onde se compram os medicamentos? Onde se compram as flores? Onde se compra a carne? Onde se encontra o peixe? Onde se compra roupa? Onde se compra os jornais? Onde se compra os sapatos? ▪ Solicitar que indique os 3 objetos que viu na imagem do primeiro exercício. ▪ Pedir para dizer o que o faz rir, o que a faz feliz ○ Treinar o cálculo através de contas de multiplicação • Propor tarefas de casa: Pedir ao utente que escolha um acontecimento importante da sua vida e o relate na sessão seguinte 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador 	50 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 5 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: solicitar que a utente relate o acontecimento significativo da sua vida (TPC) ○ Treinar memória através de exercícios: 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador 	50 min

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar 10 objetos que se pode encontrar na sala de espera. ▪ Escrever 4 nomes de animais e 4 nomes de frutas ▪ Pedir que identifique 3 nomes de ervas aromáticas que tem no jardim ▪ Solicitar que identifique o seu prato preferido e que o descreva ▪ Completar as palavras identificando a letra de falta ○ Treinar a atenção: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparar os dois conjuntos e identificar se são iguais ou diferentes ▪ Resolver um puzzle (em imagem) no computador identificar qual peça falta ▪ Olhar para uma imagem e responder às seguintes perguntas: Quantos livros tem a imagem e quantos não são amarelos. ○ Treinar o cálculo: realizar contas de adição, subtração e multiplicação ○ Treinar as habilidades construtivas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ com ajuda de peças de cor, solicitar que o utente realize sequências tendo por base uma sequência inicial escolhida ▪ construir uma torre ▪ jogar ao jogo “Jenga” • Incentivar que o utente continue a treinar em casa com a esposa e com os filhos • Ensinar a esposa e a filha estratégias, dicas para estimular a cognição no dia a dia e no contexto de casa • Propor tarefa de casa: Solicitar a utente que pense numa frase para descrever o que mais gostou das sessões 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o utente para o final da intervenção • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão Final	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras 	5 min

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa 	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição • Realizar TPC. Solicitar o utente que escreva numa frase o que mais gostou das sessões <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitar que o utente relate o último jogo de futebol que viu ▪ Solicitar que leia um texto e sem olhar para o texto responder, por escrito, as seguintes perguntas: Como se chama a Sr. da história? Que desporto pratica? Quantos jogadores tem na equipa e qual é sua posição? ○ Treinar a memória a curto prazo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir para descrever o jantar do dia anterior ▪ Solicitar que memorize 3 objetos da imagem e solicitar 5 min depois que os evoque ○ Treinar o cálculo através de contas de multiplicação e de contas de adição de 2 dígitos. • Incentivar que a utente continue a treinar em casa com a esposa e a filha as estratégias aprendidas • Reforçar junto da esposa o ensino sobre estratégias para estimular a cognição do utente no seu dia a dia • Solicitar à utente que escreva em 1 frase sobre o que ganhou com esta intervenção • Aplicar as escalas de avaliação (Escala de MMSE e TR) • Realizar síntese da sessão • Esclarecer dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel • Instrumentos de avaliação • caneta 	50 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida • Agendar a sessão de follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Apêndice XI - Programa de Relação de Ajuda e de Reestruturação Cognitiva

Programa: Relação de Ajuda Formal	
Local	UCC onde o estágio II foi realizado
Objetivo do programa	Desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade Melhorar o autocontrolo ansiedade
Nº de sessões	6 sessões
Duração da sessão	45 minutos
Duração do programa	4 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 3 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 0 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo <ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Estabelecer relação terapêutica com o utente • Questionar sobre a motivação e interesse do utente em identificar e resolver o seu problema • Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade identificada • Identificar os diagnósticos de Enfermagem (autocontrolo ansiedade, comprometido, que retrate a necessidade de ajuda da pessoa • Negociar um contrato terapêutico com a utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Propor uma estratégia de intervenção adaptada ao utente e ao seu problema (RAF), clarificando as responsabilidades e o papel de cada um • Informar sobre a intervenção, explicar em que consiste a RAF • Aplicar escala de avaliação NOC “Autocontrolo Ansiedade”, NOC:Coping NOC: Sono, Escala de depressão de Hamilton 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar resumo da sessão • Esclarecer as dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Explicar em que consiste a RAF • Explicar ao utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas • Clarificar papel de cada interveniente • Clarificar e caracterizar os diagnósticos de Enfermagem (autocontrolo ansiedade, comprometido e sono comprometido) ao qual a RAF dará resposta • Informar sobre as implicações dos diagnósticos • Definir objetivos e avaliar as expectativas da utente quanto à intervenção • Promover a relação terapêutica através da criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento • Informar sobre a importância da participação ativa do utente no processo de mudança • Motivar a utente para o processo de mudança. • Promover que o utente exprima a sua necessidade de ajuda • Executar escuta ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa 	
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas • Executar escuta ativa • Oferecer suporte emocional • Avaliar as dificuldades e as suas causas relativas a ansiedade e aos ataques de pânico • Incentivar o utente a identificar o que mais o afeta • Analisar as estratégias utilizadas no seu dia a dia para lidar com a ansiedade e os ataques de pânico • Orientar na procura de estratégias de resolução do problema: <ul style="list-style-type: none"> ○ identificar com o utente as forças e as fraquezas que utiliza para ultrapassar a ansiedade, os ataques de pânico e os sintomas físicos • Discutir as vantagens e desvantagens das estratégias utilizadas • Orientar o utente para pensar em estratégias alternativas para enfrentar a ansiedade e os ataques de pânico (prática de atividade física, dedicação ao seu hobby: o seu carro antigo) • Incentivar o treino das estratégias delineadas no seu dia a dia • Permitir que o utente verbalize medos, preocupações, dificuldades sentidas relativas a implementação das estratégias definidas para lidar com a ansiedade e os ataques de pânico • Realizar reforço positivo sobre melhorias do estado de saúde, motivar e envolver o utente no processo de mudança; • Ensinar sobre relaxamento muscular progressivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Executar relaxamento muscular progressivo • Propor tarefa de casa: Solicitar que o utente aponto numa folha os momentos em que sentiu ansiedade e ataques de pânico (com referência à hora, ao que estava a fazer) 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir ao utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte; • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Questionar o utente acerca dos resultados da tarefa de casa: solicitar que leia o que escreveu. • Analisar os meios utilizados pela utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas • Oferecer suporte emocional • Executar escuta ativa • Solicitar que a utente identifique: <ul style="list-style-type: none"> ○ a causa da ansiedade ○ os stressores (que desencadeiam a ansiedade e os ataques de pânico) • Incentivar a utente a partilhar os seus medos, preocupações relacionadas com episódios da ansiedade e dos ataques de pânico • Auxiliar o utente a identificar todas as alternativas possíveis para lidar com a ansiedade e dos ataques de pânico • Incentivar o utente a planear o seu dia a dia, a ter objetivos definidos desde que se levante até que se deite. • Identificar com o utente atividades que lhe proporcione bem estar (andar de bicicleta, dedicar-se ao seu carro antigo, realizar sesta durante a tarde, sair com os amigos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o treino das estratégias delineadas Ensinar sobre técnicas de respiração Ensinar sobre relaxamento muscular progressivo Executar relaxamento muscular progressivo Incentivar a reproduzir as técnicas em casa Solicitar ao utente a realização de tarefa de casa: apontar numa folha quais as estratégias que pensa adotar nos momentos em que sentir a ansiedade e os ataques de pânico 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ao utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas Questionar o utente acerca dos resultados da tarefa de casa com recurso à escuta ativa Analisar os meios utilizados pelo utente na resolução das dificuldades sentidas entre as duas consultas Solicitar que o utente identifique: <ul style="list-style-type: none"> o que o faz feliz, o que gosta de fazer o que o acalma Incentivar a utente a pensar no que o faz feliz, o faz rir, o acalma e nas pessoas de quem gosta nos momentos de ansiedade Executar técnicas de respiração Executar relaxamento muscular progressivo Incentivar a reproduzir as técnicas em casa 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Telefone (música) 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Promover que o utente olhe para o futuro de uma forma positiva (nascimento do filho) Oferecer suporte emocional Elogiar a implementação das estratégias delineadas Realizar o treino das estratégias anteriormente definidas com recurso à técnica de role-playing <ul style="list-style-type: none"> apresentar situações hipotéticas de ansiedade e de ataque de pânico imaginar que fosse um ente querido a viver uma situação semelhante pedir o que faria e o que diria Permitir que o utente verbalize medos, preocupações relativas a implementação das estratégias definidas Promover a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos Solicitar ao utente que nomeie uma pessoa significativa que o possa ajudar na implementação das novas estratégias: 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ao utente feedback acerca do decurso da sessão, procurando perceber quais os aspetos positivos e quais os que podem ser alvo de melhoria na sessão seguinte Preparar o utente para o final da intervenção Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Executar técnicas de relaxamento Executar relaxamento muscular progressivo Incentivar a reproduzir as técnicas em casa Pedir ao utente para fazer uma síntese do percurso percorrido e uma avaliação da RAF que se concluiu Rever com o utente o processo de mudança Promover a transição do utente entre a situação atual e a situação futuro 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar que o utente identifique os ganhos obtidos após implementação da intervenção • Promover que o utente verbalize as melhorias que sentiu ao longo do processo (estado emocional, pensamentos etc...) • Promover que o utente continue a aplicar estratégias aprendidas • Promover que o utente realize técnicas de relaxamento e de respiração • Incentivar que o utente continue a implementar as estratégias aprendidas com a esposa, pessoa que designou como significativa • Solicitar ao utente que escreva em 2 ou 3 frases o que ganhou com esta intervenção • Aplicar escala de avaliação NOC “Autocontrolo Ansiedade” NOC: Coping Escala de depressão de Hamilton 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Programa: Reestruturação Cognitiva	
Local	UCC onde o estágio II foi realizado
Objetivo do programa	Promover a reestruturação cognitiva (substituição de pensamentos desajustados por pensamentos alternativos)
Nº de sessões	6 sessões
Duração da sessão	45 minutos
Duração do programa	4 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. (60 min) Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 3 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico a cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão Inicial Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer ligação com a utente • Realizar a avaliação do utente • Aplicar escala de avaliação NOC "Autocontrolo Ansiedade", NOC: Copng, Escala de depressão de Hamilton • Pedir a utente para descrever um dia habitual • Apresentar ao utente os diagnósticos de enfermagem face aos dados colhidos e debatê-lo com a mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Definir objetivos com a utente de acordo com os problemas identificados que serão o foco da nossa intervenção ao longo das sessões. Explicar em que consiste a reestruturação cognitiva Explicar à utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicar os objetivos da Reestruturação Cognitiva. Explicar o objetivo e funcionamento das sessões Explicar o objetivo desta sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Esquematizar um problema do quotidiano e pedir para resolver na lógica da situação A leva à consequência C, de seguida introduzir a variável B (cognições/pensamentos) Solicitar que descreva exemplos do seu dia a dia em que os seus pensamentos provocaram emoções desagradáveis, preencher um quadro seguindo “o que aconteceu, o que pensei, o que senti” Realizar sínteses do modelo-cognitivo-comportamental “Penso, Sinto e Faço” Incentivar a verbalização de um dos pensamentos negativos mais frequente e com base nesse pensamento criar uma situação fictícia e através de um role play procurar alternativas de pensamento Ensinar sobre a ansiedade Apresentar ao utente a formação: “A ansiedade” Questionar sobre medos/preocupações e situações de vivências da ansiedade Compreender a ansiedade através de um esquema “Compreender a ansiedade” 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Promover a partilha de momentos felizes antes de começar a sentir ansiedade e a ter ataques de pânico 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Solicitar à utente feedback sobre a sessão Esclarecimento de dúvidas TPC para a próxima sessão: Solicitar que até à próxima consulta registe pensamentos automáticos Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 2 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, solicitar que apresente os pensamentos automáticos Explicar o objetivo de agenda diária e discutir o que alterar Dar exemplos relacionados com os seguintes princípios: planejar diariamente, pensar no que fazia antes de se sentir a ansiedade e os ataques de pânico, procurar tarefas que goste de fazer. Incentivar a programar atividades Enumerar sinais corporais identificados pelo utente em situações de ansiedade e ataque de pânico Apresentar ao utente a formação “Aprender a pensar” Ensinar sobre pensamento automático e interligar com situações do quotidiano Explorar pensamentos automáticos a partir de situações descritas. Fornecer ficha para explorar pensamento Ensinar estratégias para mudar de comportamentos e quebrar o ciclo Intervir à nível dos pensamentos, na avaliação cognitiva e adoção de estratégias eficazes Ensinar sobre a distorção e soluções ineficazes dos problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar ao utente feedback sobre a sessão TPC para a próxima sessão: Solicitar que até à próxima consulta registe os pensamentos que automáticos que começo a ter desde que teve o primeiro episódio de ansiedade e ataque de pânico. Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa 	
Sessão 3 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, incentivar à partilha dos pensamentos automáticos que começaram a surgiram após o primeiro episódio de ansiedade Promover o questionamento Promover o treino individual de identificação de pensamentos Relembrar a interligação entre situações, pensamentos e ansiedade Sensibilizar para a importância de aprendizagem de diferentes formas de pensar e agir Ensinar sobre estratégias cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamento Ampliar visão acerca da situação pelo questionamento lógico Reconhecer erros de pensamentos e pensamentos alternativos Fornecer uma lista simplificada como possíveis erros de pensamentos/distorções podem levar a erros Ensinar sobre pensamento alternativo, comportamento e estratégias eficazes para resolução de problemas Realizar role play através de uma situação hipotética para identificar a capacidade do utente em identificar os pensamentos automáticos negativos e a capacidade de definir pensamentos alternativos adequados à situação 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Promover a verbalização dos pensamentos negativos mais comum: "Tem uma doença grave", "Vou ter um ataque de pânico" " Nunca mais vou ficar bem" Promover que a utente identifique pensamentos alternativos aos negativos. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Solicitar à utente feedback sobre a sessão TPC para a próxima sessão: Solicitar que registe os pensamentos alternativos que utilizou para combater os pensamentos automáticos negativos Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a tarefa definida na sessão anterior, apresentação dos registos dos pensamentos alternativos Apresentar uma lista de crenças e solicitar à utente que considere verdadeiras Ensinar estratégias para lidar com os pensamentos: <ul style="list-style-type: none"> Ignorar Promover autoinstruções Rever o pensamento alternativo Articular com vivências previamente partilhadas (ex: <ul style="list-style-type: none"> Que tem um problema grave de saúde Que pode morrer Que vai voltar a sentir a ansiedade e ter o ataque de pânico Que nunca vai ficar bem identificou na lista, enfraquecê-la através de questionamento Relacionar a adoção de comportamentos disfuncionais e determinadas crenças limitativas (exemplificar com vivências partilhadas) 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar o ensino sobre padrão de pensamentos/ crenças/ sobre como identificar e enfraquecer crenças e sobre pensamento alternativo 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Solicitar ao utente feedback sobre a sessão Solicitar ao utente realização de tarefa para próxima sessão: Propor a auto monitorização num diário e aplicação de estratégias treinadas e sugeridas nas sessões anteriores Esclarecer as dúvidas Cumprimentos finais Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão Final Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão Motivar para a intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Rever com a utente as competências cognitivas que desenvolveu Antecipar, juntamente com a utente, potenciais fatores stressores e sintomas de recaída reforçando as estratégias que a utente desenvolveu ao longo das sessões Identificar as situações nas quais a utente deve procurar ajuda junto de um profissional de saúde mental Preparar o utente para a inevitabilidade das dificuldades futuras, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas para as enfrentar Discutir os progressos do utente ao longo das sessões elogiando progressos Incentivar a utente a utilizar 10-15 minutos por semana para avaliar o seu humor, uso de estratégias de resolução de problemas ou emoções que possam desencadear ansiedade Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma Aplicar escala de avaliação resultado NOC: Ansiedade e NOC Coping, Escala de Depressão de Hamilton 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar à utente feedback sobre a sessão• Esclarecer as dúvidas• Cumprimentos finais	<ul style="list-style-type: none">• Interrogativo	<ul style="list-style-type: none">• Mesa	

Apêndice XII - Projeto Simplifica

“Simplifica”		PROJETO	
UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento			
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>
INÍCIO PREVISTO:	Janeiro 2024	APROVADO POR DIRETOR GERENTE:	
CONCLUSÃO PREVISTA:			
RESPONSÁVEL PELO PROJETO	Enfermeiro EESMP		
COLABORADORES DIRETOS	Enfermeiro Chefe		
COLABORADORES INDIRETOS	Equipa de enfermagem da Unidade especializada		
DESTINATÁRIOS	Pessoas internadas na Unidade		
PARCERIAS E INFORMAÇÃO DE CONTACTO			
CUSTO GLOBAL DO PROJETO			
ÂMBITO			
Este projeto designado por “Simplifica” tem por base a necessidade de uniformizar os procedimentos no âmbito da resolução de problemas e gestão de conflitos.			
PROBLEMA			
O problema identificado prende-se com a falta de procedimentos uniformizados no âmbito da resolução de problemas e gestão de conflitos que garantem uma organização funcional da unidade, permita a diminuição de conflitos entre utentes e promova uma maior satisfação dos utentes e elementos da equipa multidisciplinar.			
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL			
As habilidades de resolução de problemas referem-se ao conjunto de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais uma pessoa tenta descobrir ou desenvolver soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real. (Eskin,2012 citado por Ordem dos enfermeiros, 2023).			
No decurso da vida, somos confrontados por diversas situações que necessitam de ser resolvidas através de metodologias novas ou de outras já utilizadas anteriormente em experiências pregressas, de modo a evitar ou controlar situações de stress. Tais vivencias, previsíveis ou não, requerem que procuremos suporte na nossa rede de apoio (pessoal, emocional, instrumental), com objetivo de transpor o obstáculo imposto por			

“Simplifica”			PROJETO
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>
UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento			
<p>cada situação. No entanto, nem sempre as situações experienciadas são passíveis de ser ultrapassadas autonomamente, pelo grau de complexidade que apresentam, podendo ser necessário recorrer à ajuda de um profissional de saúde para obter ajuda (Lourenço, 2019 citado por Ordem dos enfermeiros, 2023).</p> <p>Todavia, quando estas condições não são verificadas, encontram-se dificuldades de funcionamento ao nível dos processos cognitivos indispensáveis para resolver os problemas quotidianos. Neste sentido, sobressai a necessidade de introduzir a utilização de estratégias de intervenção de nível psicoterapêutico, que visam dar suporte ao indivíduo para que este desenvolva mecanismos de defesa e de adaptação face às situações adversas enfrentadas, de entre as quais se destaca o processo de resolução de problemas. Tal abordagem pretende, para além de auxiliar na resolução de problemas do indivíduo, como intervenção psicoterapêutica que é, objetivar a aquisição de consciência sob si próprio e daquilo que é um problema para o próprio indivíduo, de modo que este consiga integrar a experiência vivenciada e realizar as mudanças necessárias para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida (Lourenço, 2019 citado por Sequeira & Sampaio, 2020).</p> <p>A pessoa com alteração ou perturbação mental, está mais vulnerável e frágil, a sua liberdade e autonomia podem estar comprometidas e por consequência apresentar dificuldade em manter papéis sociais, em autorregular-se, tomar decisões, resolver problemas e gerir relações interpessoais.</p> <p>As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).</p> <p>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 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).</p> <p>Considerando a resolução de problemas e a gestão de conflitos um desafio no dia a dia da pessoa com doença mental, podemos concluir que os utentes com doença mental irão beneficiar de intervenção</p>			

“Simplifica”			PROJETO
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>
UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento			
<p>especializada nessa área. Assim é importante que sejam desenvolvidas pelo EESMP intervenções psicoterapêuticas que promovam a resolução de problemas e gestão de conflitos.</p> <p>FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO</p> <p>De acordo com a pesquisa bibliográfica, a intervenção psicoterapêutica no âmbito da gestão de resolução de problemas e gestão de conflitos em utentes com alteração mental irá melhorar a qualidade de vida das mesmas.</p> <p>A Instituição do Norte, desenvolve a sua ação, em várias áreas, sendo uma delas a reabilitação psicossocial. A unidade X é uma unidade de internamento de media/longa duração destinada a reabilitação psicossocial. As utentes que integram esta unidade apresentam doença mental grave, sendo os diagnósticos diversos, com maior prevalência das psicoses esquizofrénicas e das perturbações da personalidade.</p> <p>Atualmente, verifica-se que as utentes apresentam dificuldade na resolução de problemas e gestão de conflitos, realidade que destabiliza a dinâmica do serviço e constitui um desafio e uma preocupação para a equipa multidisciplinar. Identifica-se a falta de um procedimento uniforme, por parte da equipa multidisciplinar, que permita estabelecer uma linha orientadora e consensual na resolução dos problemas mais frequentes sentidos pelas utentes e na gestão de conflitos entre utentes e entre utentes e equipa multidisciplinar. Neste contexto, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das utentes e facilitar a intervenção da equipa multidisciplinar, considera-se que seria uma mais-valia, através de intervenção psicoterapêutica dotar as utentes de estratégias para resolução de problemas e gestão de conflitos e implementar no serviço um procedimento uniforme da resolução dos problemas mais frequentes.</p> <p>OBJETIVOS DO PROJETO</p>			
OBJETIVO GERAL: Implementar o projeto “Simplifica” na Unidade X (Ver Anexo 1)			
OBJETIVO OPERACIONAL	INDICADORES	METAS	
1. Aplicar o projeto “Simplifica” às utentes que cumpram os critérios de inclusão	% de utentes com critérios de inclusão, alvo de projeto Simplifica	75% das utentes com critérios de inclusão cumpram o projeto Simplifica	

“Simplifica”			PROJETO
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento

2. Avaliar se a utente foi alvo de intervenção psicoterapêutica por parte do EESMP	% de pessoas abrangidas pelo projeto que foram alvo de intervenção psicoterapêutica por parte do EESMP	75 % de pessoas abrangidas pelo projeto foram alvo de intervenção psicoterapêutica por parte do EESMP
3 - Garantir a melhoria continua da qualidade do projeto	% das formações em serviço planeadas, realizadas à equipa multidisciplinar da unidade X.	100% das formações em serviço planeadas foram realizadas
4 - Avaliar a satisfação das utentes alvo do Projeto Simplifica	% de pessoas abrangidas pelo projeto que considera a intervenção boa, muito boa ou excelente	85 % de pessoas abrangidas pelo projeto considera a intervenção boa, muito boa ou excelente

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

OBJETIVO OPERACIONAL 1 - Aplicar o projeto “Simplifica” às utentes que cumpram os critérios de inclusão		
ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Realizar reunião com administração para apresentação e validação do projeto “Simplifica”.	janeiro	Enfermeiro chefe da Unidade X Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
Realizar reunião com a equipa de enfermagem da unidade X para divulgação do projeto “Simplifica”.	Janeiro 2024	Enfermeiro chefe da Unidade X

“Simplifica”**PROJETO**

Tipo de projeto:
Assistencial

Inovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento

		Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
Realizar reunião com a equipa não clínica da unidade X para divulgação do projeto “Simplifica”.	Janeiro 2024	Enfermeiro chefe da Unidade X Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
Selecionar as utentes com critérios de inclusão para ser abrangidas no projeto “Simplifica”.	Janeiro 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
Realização do Programa de Psicoeducação (ver anexo 2)	Ao longo do 1º trimestre 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
OBJETIVO OPERACIONAL 2 - Avaliar se as utentes foram alvo de intervenção por parte da EESMP.		
ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Monitorizar em grelha própria a intervenção da EESMP.	No fim do de fevereiro e de março 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X
OBJETIVO OPERACIONAL 3 – Garantir a melhoria continua da qualidade do projeto		
ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS
Realizar formação em serviço à equipa de enfermagem da unidade X no âmbito da resolução de problemas.	janeiro 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X

“Simplifica”			PROJETO
UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento			
Tipo de projeto: Assistencial	Inovação x Melhoria <input type="checkbox"/>	Não Assistencial	Inovação <input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/>
Realizar formação em serviço à equipa não clínica da unidade X no âmbito da resolução de problemas.	janeiro 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Realizar formação em serviço à equipa de enfermagem da unidade X no âmbito da gestão de conflitos.	janeiro 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Realizar formação em serviço à equipa não clínica da unidade X no âmbito da gestão de conflitos.	janeiro 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Realizar reunião com a equipa de enfermagem da unidade X para avaliar o impacto da implementação do projeto “Simplifica”.	Em cada mês do 1ºtrimestre 2024	Enfermeiro chefe da Unidade X. Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Realizar reunião com a equipa não clínica da unidade X para avaliar o impacto da implementação do projeto “Simplifica”.	Em cada mês do 1ºtrimestre 2024	Enfermeiro chefe da Unidade X. Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Objetivo operacional 4: Avaliar a satisfação das utentes alvo do Projeto Simplifica			
ATIVIDADE	DATA	RESPONSÁVEIS	
Aplicar um questionário de satisfação às utentes na consulta de follow up	ABRIL 2024	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade X.	
Avaliação			
Atividade	DATA	RESPONSÁVEIS	

“Simplifica”**PROJETO**Tipo de projeto:
AssistencialInovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento

Realização de um relatório de
atividades com avaliação dos
indicadores definidos

ABRIL 2024

Enfermeiro Especialista em
Enfermagem em Saúde Mental e
Psiquiátrica na Unidade X.**1. CONDICIONANTES**

CONDICIONANTE/RISCO	IMPACTO NO PROJETO
1. Não adesão por parte das utentes e dos elementos da equipa	Inviabilidade do projeto

2. ESTRATÉGIAS

ESTRATÉGIA PREVENTIVA	RESPONSÁVEL PELA ESTRATÉGIA PREVENTIVA
1. Realização de consulta de Follow up	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Enfermeiro Chefe da Unidade

2. CUSTOS

RUBRICA	DESCRIÇÃO	CUSTOS ASSOCIADOS	
		DESPESA MENSAL	DESPESA GLOBAL

“Simplifica”**PROJETO**Tipo de projeto:
AssistencialInovação x
Melhoria

Não Assistencial

Inovação
Melhoria

UNIDADE / ÁREA: Modalidade de médio/longo Internamento

Recursos Humanos	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental		
Equipamentos	<ul style="list-style-type: none">• Gabinete• Computador• Impressora• Telefone• Instrumentos de avaliação		
Material de desgaste	Material de escrita		
Custos de funcionamento	Sem custos diretos		
Outros			
TOTAL			

3. BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento no140/2019 de 6 de fevereiro. Lisboa. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica. 1.a edição digital: Junho de 2023, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho de 2015. Diário da República n.º 122 - 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa.

PARECER DA DIREÇÃO RESPONSÁVEL:

ASSINATURAS:

CRONOGRAMA DO PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO

	JANEIRO													FEVEREIRO																								
DIAS	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	31	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29				
1ºGRUPO	Orange	Yellow		Blue			Green																															
2ºGRUPO											Orange	Yellow		Blue			Green																					
3ºGRUPO											Orange	Yellow		Blue			Green																					
4ºGRUPO																						Orange	Yellow		Blue		Green											
5ºGRUPO																						Orange	Yellow		Blue		Green											
6ºGRUPO																																						
7ºGRUPO																																						

	MARÇO																					
DIAS	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	
8ºGRUPO			Green																			
9ºGRUPO			Green																			
10ºGRUPO							Orange	Yellow		Blue			Green									
11ºGRUPO							Orange	Yellow		Blue			Green									
12ºGRUPO														Orange	Yellow		Blue				Green	

LEGENDA	
AVALIAÇÃO INICIAL	Orange
1ª SESSÃO	Yellow
2ª SESSÃO	Blue
3ª SESSÃO	Green

AVALIAÇÃO EM CONSULTA DE FOLLOW UP

ABRIL															
DIAS	1	2	3	4	5	8	9	10'	11	12	15	16	17	18	19
1ºGRUPO															
2ºGRUPO															
3ºGRUPO															
4ºGRUPO															
5ºGRUPO															
6ºGRUPO															
7ºGRUPO															
8ºGRUPO															
9ºGRUPO															
10ºGRUPO															
11ºGRUPO															
12ºGRUPO															

Programa “Aprender a Gerir”	
Tipologia do programa	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Sessões em grupo, 1 x por semana: Duração aproximada de 60 min
Local	Sala Dr. António Palha
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • cadeiras, mesas, canetas, computador, videoprojector, folhas brancas A4, material didático, retroprojektor
Momentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial antes do programa (20 min) • Avaliação final após término do programa • Follow up após 1 meses do programa
Instrumentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escala NOC Tomada de Decisão
Público-alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes em regime de internamento, avaliados critérios de inclusão em Sessão de Avaliação(Individual). Utentes com pelo menos um dos diagnósticos de enfermagem ativos: <ul style="list-style-type: none"> - Tomada de Decisão
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Défice cognitivo acentuado; • Atividade alucinatória e/ou delirante; • Agitação psicomotora; • Estado confusional; • Acuidade auditiva reduzida;
Objetivo geral	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar conhecimento, higiene do sono, adesão ao regime medicamentoso e pensamentos • Promover a aquisição de competências e o desenvolvimento estratégias para lidar com a doença

Avaliação Inicial				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Estabelecer o primeiro contacto com o utente; • Explicar do objetivo da sessão; • Obter consentimento de recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala Mesas • Cadeiras • Canetas • Folhas 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Escalas: <ul style="list-style-type: none"> ○ NOC Tomada de decisão • Apresentar programa ao utente; • Identificar a presença de critérios de inclusão: Diagnóstico de Enfermagem; • Definir os objetivos do programa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 		40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min

Sessão 1: “Aprender a Resolver”				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes • Realização da atividade Quebra-gelo: A Bola Positiva • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala • Mesas • Cadeiras • Computador • Colchão • Retroprojektor 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definir Problema • Identificar as emoções associados a um problema • Identificar as consequências da má resolução de um problema • Ensinar sobre as etapas da resolução de problemas • Identificar problemas frequentes da unidade de São José • Orientar para resolução de problemas identificados • Apresentar fluxogramas de resolução para cada problema identificado • Identificar os ganhos obtidos após implementação dos fluxogramas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 		45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos utentes que manifestem o feedback da sessão • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida • Agendamento da próxima de sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min

Sessão 2: “Eu e os Outros”				
Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Realização da atividade Quebra-gelo: “Desenhar nas Costas” • Explicação do objetivo da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala • Mesas • Cadeiras • Computador 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definir Conflito • Identificar os motivos desencadeadores de conflitos na unidade • Identificar os sentimentos mais frequentes associadas à um conflito • Ensinar estratégias de distração • Orientar para resolução de problemas • Ensinar sobre as etapas da resolução de problemas • Identificar os ganhos associados à gestão de conflitos • Entregar a cada formanda o marcador/lembrete da resolução de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Colchão • Retroproj 	45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos utentes que manifestem o feedback da sessão; • Resumo da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min

Sessão 3: “VIVER com Saúde Mental na Unidade de São José”

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Quebra-gelo; • Explicação do objetivo da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala • Mesas • Cadeiras 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre estratégias de promoção de saúde mental no contexto da unidade de São José • Ensinar sobre fatores promotores de saúde mental no contexto da unidade de São José • Ler o livro “Gosto tanto de ti” • Solicitar às utentes que deem a sua opinião sobre o livro e que identifique a mensagem principal do livro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Colchão • Retroproj 	45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos utentes que manifestem o feedback da sessão; • Resumo da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Aplicar Escalas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NOC Tomada de decisão • Avaliação do programa de psicoeducação através de uma avaliação qualitativa (impresso com emojis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo • Participativo 		10 min

Aprender a Resolver!!!

Cátia Garim & Cátia Macedo 16/01/2024

1

QUEBRA DE GELO

BOLA POSITIVA

2

PROBLEMA (definição infopédia)

- Questão que se propõe para ser resolvida;
- Coisa difícil de compreender, explicar ou fazer;
- Dúvida;
- Dificuldade; aborrecimento.

3

O QUE SENTE QUANDO TEM UM PROBLEMA?

Ansiedade	Nervosismo
Raiva	Agressividade
Frustração	

4

CONSEQUÊNCIAS DA MÁ RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NO CONTEXTO DA UNIDADE


- Conflitos entre utentes
- Desentendimentos entre utentes e equipa multidisciplinar
- Dificulta a organização/funcionalidade da unidade
- Desgaste da Equipa Multidisciplinar
- Desgaste da relação entre utente e equipa multidisciplinar

5

ETAPAS PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA

- 1. ESTABELECE O PROBLEMA:**
 - Qual é o problema em si e o que realmente precisa de ser resolvido;
- 2. PENSAR EM SOLUÇÕES:**
 - De que maneira o problema pode ser resolvido e quais são os caminhos que podemos tomar para solucionar esse desafio;
- 3. ESCOLHER UMA SOLUÇÃO:**
 - Depois de avaliar cada uma das opções, é preciso avaliar qual é a mais favorável, que vai cumprir o objetivo, que se mostra eficaz e não vai gerar consequências negativas;

6



ETAPAS PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA

3. RESOLVER O PROBLEMA:

- Consiste em implementar a solução que foi definida como ideal;

4. OBSERVAR O RESULTADO:

- Trata-se de analisar se o problema realmente foi solucionado com sucesso ou se existe a necessidade de tentar outras opções.

7

PRINCIPAIS PROBLEMAS DA UNIDADE SÃO JOSÉ

- ✓ Beleza (Cabeleireiro e Esteticista)
- ✓ Gestão de Quarto
- ✓ Produtos de Higiene e Beleza (Bazar)
- ✓ Horário de Atividades
- ✓ Lanche Bar
- ✓ Dinheiro /Tabaco

8

COM QUEM DEVO FALAR?

Beleza (Cabeleireiro e Esteticista)	• Ocupadoras (prazo de 1 semana para dar a resposta)
Gestão de Quarto Produtos de Higiene e Beleza (Bazar)	• Auxiliar de Referência (fala com a ocupadora para compras no Bazar)
Horário de Atividades	• Ocupadoras (fala com a técnica de referência)
Lanche Bar	• Auxiliar de Turno
Dinheiro /Tabaco	• Técnico de Referência

9

GANHOS APÓS RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS



- Ambiente calmo
- Interação entre utentes melhorada
- Melhoria da comunicação na equipa multidisciplinar
- Melhoria da comunicação entre utentes e a equipa multidisciplinar
- Conseguir o objetivo sem dificuldade
- Melhoria da qualidade de vida
- Capacidade de resolução de problemas

11

obrigada

12

Com quem devo falar?

Beleza (Cabeleireiro e Esteticista)

• Ocupadoras

Horário de Atividades

• Ocupadoras

Lanche Bar

• Auxiliar de referência

Gestão de Quarto
Produtos de Higiene
e Beleza (Bazar)

• Auxiliar de Referência

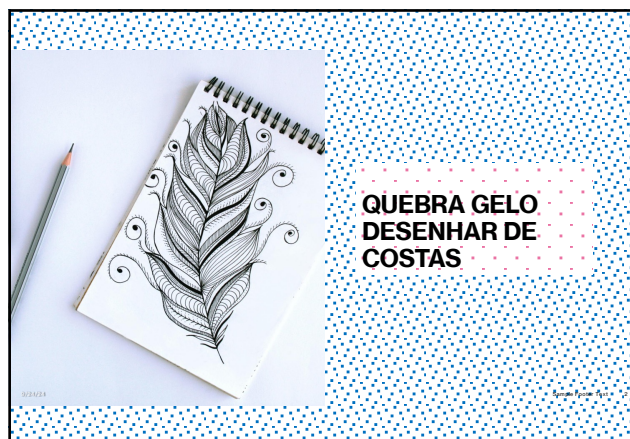
Dinheiro /Tabaco

• Técnica de referência

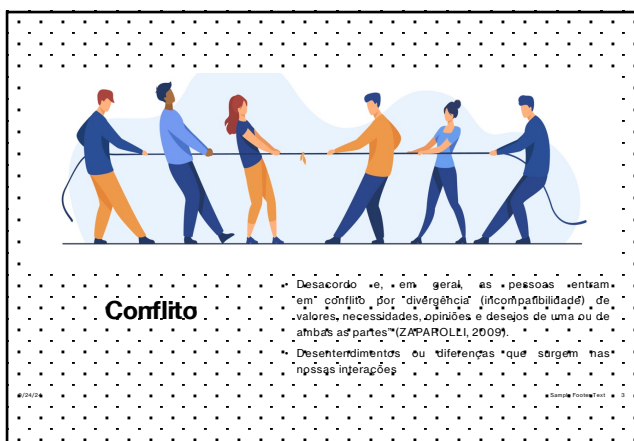




1



2



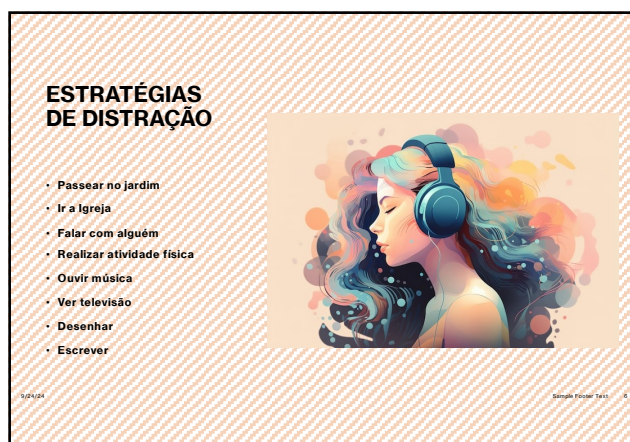
3



4



5



6

RESOLUÇÃO DE CONFLITOS 6 PASSOS

1. Acalmar
2. Comunicar
3. Assumir responsabilidade
4. Procurar soluções
5. Escolher uma solução
6. Fortalecer



Small text at the bottom right: Sandra Focant Text

7

GESTÃO DE CONFLITOS GANHOS

- Ambiente Calmo
- Bem-estar
- Melhoria de qualidade de vida na unidade
- Melhoria da interação entre-utentes
- Melhoria da interação entre-utentes e equipa
- Capacidade de gerir conflitos.



Small text at the bottom left: 02/2021

Small text at the bottom right: Sandra Focant Text

8

Obrigada!



9

Como resolver um conflito?

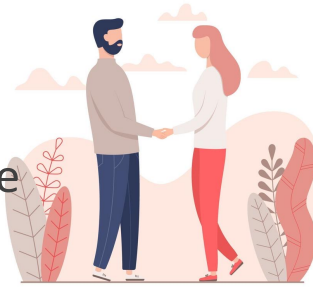
1. Acalmar



2. Comunicar



3. Assumir a responsabilidade



4. Procurar soluções

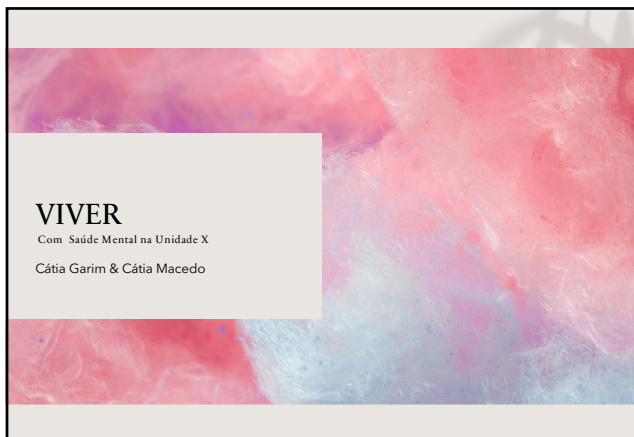


5. Escolher uma solução

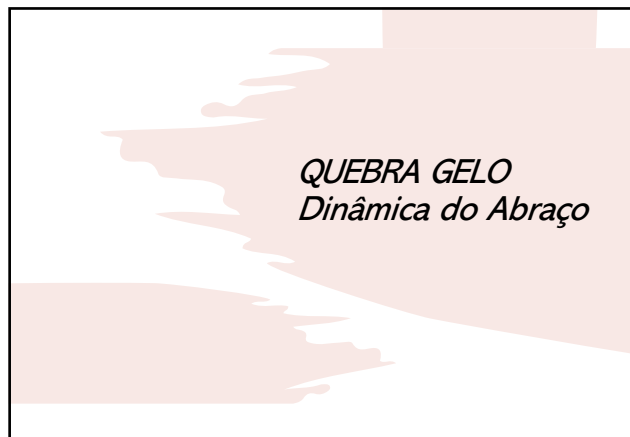


6. Fortalecer

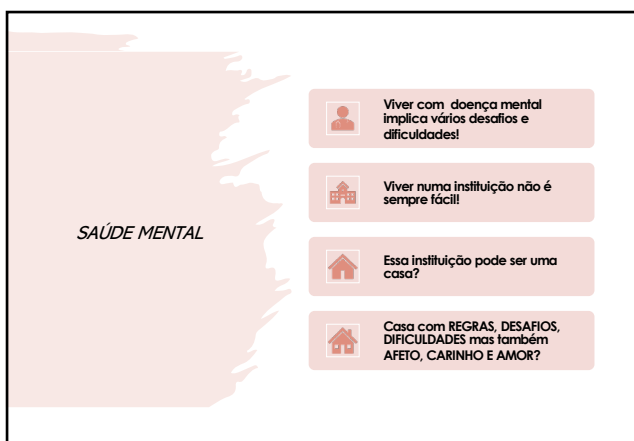




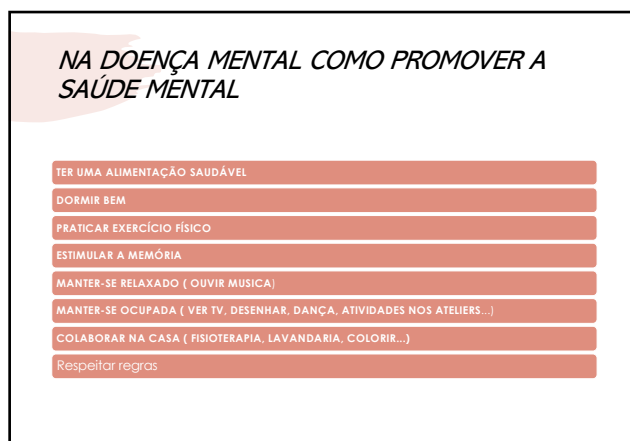
1



2



3



4



5




6



Se estão tristes ...Podem chorar
Se fazem algo menos bem...continuam
incríveis e importantes!!!
Sempre que precisar...estamos aqui !!!

7

***Gostamos
muito de estar
convosco !!!!***



8

Avaliação das sessões



Muito Má



Má



Boa



Muito Boa



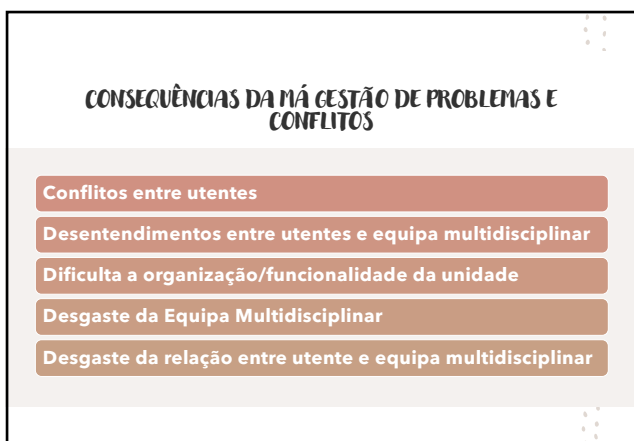
Excelente



1



2



3



4



5



6

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Principais Problemas da Unidade São José

- Beleza (Cabeleireiro e Esteticista)
- Gestão de Quarto
- Produtos de Higiene e Beleza (Bazar)
- Horário de Atividades
- Lanche Bar
- Dinheiro /Tabaco

7

COM QUEM AS UTENTES DEVE FALAR

- Beleza (Cabeleireiro e Esteticista) • Ocupadoras (prazo de 1 semana para dar a resposta)
- Gestão de Quarto Produtos de Higiene e Beleza (Bazar) • Auxiliar de Referência (fala com a ocupadora para compras no Bazar)
- Horário de Atividades • Ocupadoras (fala com a técnica de referência)
- Lanche Bar • Auxiliar de Turno
- Dinheiro /Tabaco • Técnico de Referência

8

Com quem devo falar?

- Beleza (Cabeleireiro e Esteticista) • Ocupadoras
- Horário de Atividades • Ocupadoras
- Lanche Bar • Auxiliar de referência
- Gestão de Quarto Produtos de Higiene e Beleza (Bazar) • Auxiliar de Referência
- Dinheiro /Tabaco • Técnica de referência

9

RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Marcador/Lembrete

10

GANHOS PRETENDIDOS

- Ambiente calmo
- Interação entre utentes melhorada
- Melhoria da comunicação na equipa multidisciplinar
- Melhoria da comunicação entre utentes e a equipa multidisciplinar
- Conseguir o objetivo sem dificuldade
- Melhoria da qualidade de vida
- Capacidade de resolução de problemas
- Capacidade de resolução de conflitos
- Bem Estar

11

"SIMPLIFICA"

VIVER E TRABALHAR COM QUALIDADE!!!

12

Apêndice XIII - Programa Estimulação Cognitiva

Programa: Estimulação Cognitiva

Local	Internamento
Data e Hora	Turno da manhã
Objetivo do programa	Estimular a cognição através do treino da memória à longo prazo e à curto prazo, treino de funções executivas: treino da linguagem, treino do cálculo e treino de habilidades construtivas.
Nº de sessões	6 sessões (diárias)
Duração da sessão	30 min
Duração do programa de estimulação cognitiva	2 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. (60 min) Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 1 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
1º Contacto (Avaliação inicial)	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Estabelecer o primeiro contacto com a utente • Avaliar a cognição e a funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar avaliação inicial (recolha de dados sociodemográficos e antecedentes) ○ Avaliar a cognição através do MOCA, teste de relógio TR) ○ Avaliar a funcionalidade através do índice de Barthel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião da avaliação inicial • Instrumentos de avaliação • Caneta • Cadeira • Mesa 	60 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Explicar em que consiste a estimulação da cognição, a duração e o número de sessões previstas; • Apresentação dos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 3 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler e escrever as palavras. ▪ Observe com atenção as 2 fotografias, memorize os nomes ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir para cantar uma música popular. ▪ Solicitar que escreva 4 pessoas e 4 frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo • Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Propor tarefa de casa: Solicitar que a utente escolha um acontecimento feliz da sua vida para relatar na próxima consulta 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 2	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: solicitar que a utente relate o acontecimento feliz que teve como TPC <ul style="list-style-type: none"> propor que pense nas pessoas importantes da sua vida, que indique quais são as pessoas de quem se sente mais próxima, que indique momentos que se recorda com essas pessoas. escrever 4 nomes de animais escrever 4 nomes objetos Solicitar que enumere duas ervas aromáticas e que indique pratos que incluem ervas aromáticas indicadas e que identifique quais são as preferidas Propor tarefas de casa: Solicitar que escolha o seu prato preferido para descrevê-lo na próxima consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Folha de papel 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 3	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição (<ul style="list-style-type: none"> Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva o prato que escolheu para TPC 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a curto prazo através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 5 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler escrever as palavras. ▪ Observe com atenção as 3 fotografias, memorize os nomes (nome e apelido) ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar o cálculo: pedir para contar até 20 e solicitar que resolve contas de adição simples. ○ Treinar a atenção: Observar dois conjuntos de símbolos, identificar se são iguais ou diferentes. • Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na próxima consulta descreva a sua sobremesa preferida 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios práticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de papel 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição • Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva a sobremesa preferida que escolheu como trabalho de casa • Pedir para dizer o que a faz rir, o que a faz feliz • Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar uma imagem com objetos e tentar memorizá-los ○ Pedir para responder, por escrito, as seguintes perguntas: Onde compra o pão? Onde se compram 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<p>os medicamentos? Onde se compram as flores? Onde se compra a carne? Onde se encontra o peixe? Onde se compra roupa? Onde se compra os jornais? Onde se compra os sapatos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitar que indique os 3 objetos que viu na imagem do primeiro exercício. • Treinar o cálculo: Perguntar quanto é 100-5, ao número encontrado retirar 5, e isso sucessivamente • Treinar a habilidade construtiva: apresentar peças com cores, criar sequências e pedir para aplicar a mesma sequência 3 vezes. • Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na sessão seguinte relate um momento feliz com a filha 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 5	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente relate um momento feliz partilhado com a filha (TPC) ○ Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever 4 nomes de animais e 4 nomes de frutas ▪ Solicitar que a utente identifique 5 objetos ▪ Ler com atenção um texto e tentar memorizá-lo ▪ Agora sem olhar para o texto responda, por escrito, as seguintes perguntas: Como se chama a Sra da história? Onde mora? Qual é sua profissão? A quanto alunos da aula ○ Treinar a atenção: Comparar os dois conjuntos e identificar se são iguais ou diferentes ○ Treinar o cálculo através de contas de adição e de subtração simples. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar que a utente continue a treinar no seu dia a dia as estratégias aprendidas Ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade Propor tarefa de casa: Solicitar a utente pense em duas frases para descrever o que mais gostou das sessões 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Preparar o utente para o final da intervenção Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão Final	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição Realizar TPC. Solicitar à utente que escreva em duas frases o que mais gostou das sessões <ul style="list-style-type: none"> Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: <ul style="list-style-type: none"> solicitar que indique um filme ou novela que mais gostou e pedir para falar acerca dele/dela. Treinar a memória: <ul style="list-style-type: none"> Pedir para descrever o jantar do dia anterior solicitar que memorize as sete palavras e sem voltar a ler escrever as palavras numa folha solicitar que responda, por escrito, as seguintes perguntas: quantos dias tem uma semana? Quais são? Quantos meses tem um ano? Quais são? Quantas estações tem um ano? Quais são? Quantos dias tem um ano? Quantos dias tem um mês? Quantas horas tem um dia? Quantos minutos tem uma hora? Incentivar que a utente continue a treinar as estratégias aprendidas Entregar a utente um manual personalizado com exercícios práticos de estimulação cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Folha de papel Instrumentos de avaliação e canetas 	20 min

Sessões	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade • Solicitar à utente que escreva em 1 frase sobre o que ganhou com esta intervenção • Aplicar as escalas de avaliação (Escala MOCA e TR) • Realizar síntese da sessão • Esclarecer dúvidas 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida • Orientar para o follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Apêndice XIV - Programa Modificação de Comportamentos

Programa: Técnica de modificação do Comportamento	
Local	Unidade Especializada de uma instituição da Região Norte
Objetivo do programa	Eliminar os comportamentos desajustados Melhorar o autocontrolo ansiedade e o humor
Nº de sessões	7 sessões diárias
Duração da sessão	45 minutos
Duração do programa	3 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 1 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
Sessão 0 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo <ul style="list-style-type: none"> • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Estabelecer relação terapêutica com a utente • Questionar sobre a motivação e interesse da utente em identificar e resolver o seu problema • Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade identificada • Identificar os diagnósticos de Enfermagem (comportamento comprometido) que retrate a necessidade de ajuda da pessoa • Negociar um contrato terapêutico com a utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras • Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Propor uma estratégia de intervenção adaptada a utente e ao seu problema: técnica de modificação de comportamento, clarificando as responsabilidades e o papel de cada um • Informar sobre a intervenção, explicar em que consiste a a técnica de modificação de comportamento • Aplicar escala de avaliação NOC “Capacidade de interação Social” 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar resumo da sessão • Esclarecer as dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa • Cadeiras 	5 min
Sessão 1				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual do utente através de questões abertas • Explicar em que consiste a técnica de modificação de comportamento • Explicar à utente o objetivo das sessões, informar acerca da duração e do número de sessões previstas • Clarificar papel de cada interveniente • Clarificar e caracterizar os diagnósticos de Enfermagem comportamento comprometido ao qual a técnica de modificação de comportamento dará resposta • Informar sobre as implicações dos diagnósticos: • Definir objetivos e avaliar as expectativas da utente quanto à intervenção • Promover a relação terapêutica através da criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento • Apresentar à utente o diagnóstico de enfermagem: comportamento comprometido e discuti lo com a utente. • Informar sobre a importância da participação ativa do utente no processo de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a motivação para a mudança Motivar a utente para o processo de mudança. Promover a consciencialização dos problemas da pessoa consequentes de comportamentos desajustados Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas Identificar os comportamentos a mudar (pedir dinheiro a pessoas no corredor e comportamentos desadequados quando vai ajudar na fisioterapia) Realização e assinatura de um contrato escrito entre a utente e a enfermeira 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 2				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Avaliar a motivação para a mudança Assistir a consciencialização dos mecanismos ligados ao início dos comportamentos desadaptivos (pedir dinheiro e mau comportamento como ajudante de fisioterapia) Incentivar a utente a relatar experiências positivas e negativas desde a última sessão Avaliar o progresso ou as dificuldades encontradas desde a sessão anterior Ajudar a utente a identificar os pensamentos desencadeadores do comportamento: Pedir dinheiro no corredor às pessoas Identificar em conjunto com a utentes estratégias para controlar os pensamentos desencadeadores do comportamento: Pedir dinheiro no corredor à pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma situação fictícia e através de um role play procurar alternativas ao comportamento desajustado • Reforçar os progressos e os recursos utilizados • Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela utente ao longo do processo de mudança 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 3				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas • Avaliar a motivação para a mudança • Incentivar a utente a relatar experiências positivas e negativas desde a última sessão • Avaliar o progresso ou as dificuldades encontradas desde a sessão anterior • Ajudar a utente a identificar os pensamentos desencadeadores do comportamento: gastar dinheiro do lanche em vez de o entregar • Ensinar a controlar o impulso de pedir dinheiro ou gastar dinheiro sem permissão através do treino de autocontrolo (consciencialização, auto-observação e auto-instrução) • Ensinar estratégias de distração • Reforçar os progressos e os recursos utilizados • Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela utente ao longo do processo de mudança • Discutir a mudança comportamental desejada em reunião de equipa multidisciplinar (enfermeiras e fisioterapeuta) • Definir estratégias de monitorização de comportamentos (através de contacto diário com fisioterapeuta e registo em impressos próprios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Cadeiras • Mesa 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Instruir a utente para monitorizar os seus comportamentos, diariamente através de impresso próprio. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 4				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Avaliar a motivação para a mudança Incentivar a utente a relatar experiências positivas e negativas desde a última sessão Avaliar o progresso ou as dificuldades encontradas desde a sessão anterior Ajudar a utente a identificar os pensamentos desencadeadores do comportamento: comportamentos desajustados na fisioterapia Ensinar a controlar o impulso no contexto da sua função de ajudante na fisioterapia, (consciencialização, auto-observação e auto-instrução) Acompanhar a utente à máquina de café e treinar o autocontrolo impulso nesse contexto Incentivar a utente a identificar recursos internos que permitem vencer o impulso de pedir dinheiro ou ter comportamentos desajustados na fisioterapia. Incentivar a utente a implementar as estratégias de distração aprendidas Reforçar e elogiar os progressos e os recursos utilizados Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela utente ao longo do processo de mudança Avaliar com a utente os registos relativos à monitorização dos comportamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Telefone (música) 	35 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar junto da equipa de enfermagem da unidade e junto da fisioterapeuta os comportamentos da utente. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Preparar o utente para o final da intervenção Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 5				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Avaliar a motivação para a mudança Incentivar a utente a relatar experiências positivas e negativas desde a última sessão Avaliar o progresso ou as dificuldades encontradas desde a sessão anterior Relembrar as ações a tomar para realizar o comportamento correto Incentivar ao autocontrolo de impulso de pedir dinheiro e tomar café das outras pessoas (consciencialização, auto-observação e auto-instrução) Reforçar as estratégias definidas ao longo das sessões Simular uma situação fictícia através da técnica de role play de modo a reforçar a importância de autocontrolo e relembrar as estratégias aprendidas Reforçar e elogiar os progressos e os recursos utilizados Avaliar com a utente os registos relativos à monitorização dos comportamentos Monitorizar junto da equipa de enfermagem da unidade e junto da fisioterapeuta os comportamentos da utente. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras 	5 min

Sessão	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
	<ul style="list-style-type: none"> Preparar a utente para o fim da intervenção Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa 	
Sessão 6	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado atual da utente através de questões abertas Incentivar a utente a relatar experiências positivas e negativas desde a última sessão Avaliar o progresso ou as dificuldades encontradas desde a sessão anterior Determinar as ações a tomar para realizar o comportamento correto Reforçar o autocontrolo de impulso no contexto da sua função de ajudante na fisioterapia e no contexto de ir tomar café (consciencialização, auto-observação e auto-instrução) Incentivar a utente a utilizar recursos internos (já previamente identificados) que permitem o autocontrolo impulso relacionado com pedir dinheiro ou adotar comportamentos desajustados na fisioterapia). Reforçar as estratégias definidas Reforçar e elogiar os progressos e os recursos utilizados ao longo de todas as sessões Incentivar a utente a continuar a usar as estratégias aprendidas: estratégias de autocontrolo de impulso e estratégias de distração Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma Aplicar escala de avaliação resultado NOC: Capacidade de interação social 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Cadeiras Mesa Instrumentos de avaliação e canetas 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min

Apêndice XV - Programa Estimulação Cognitiva

Programa: Estimulação Cognitiva

Local	Internamento Unidade São José
Data e Hora	Turno da manhã
Objetivo do programa	Estimular a cognição através do treino da memória à longo prazo e à curto prazo e através treino do cálculo
Nº de sessões	6 sessões (diárias)
Duração da sessão	30 min
Duração do programa de estimulação cognitiva	2 semanas
Momentos de avaliação	Avaliação inicial antes da aplicação do programa. (60 min) Avaliação final do utente após aplicação do programa Follow up 1 mês após fim do programa
Tipo de sessão	Individual
Recursos Humanos	Aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
Recursos materiais	Específico à cada sessão

	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Duração
1º Contacto (Avaliação inicial)	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Apresentação dos objetivos da sessão • Apresentação dos intervenientes • Obtenção do consentimento para recolha de dados • Estabelecer o primeiro contacto com a utente • Avaliar a cognição e a funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar avaliação inicial (recolha de dados sociodemográficos e antecedentes) ○ Avaliar a cognição através do MOCA, teste de relógio TR) ○ Avaliar a funcionalidade através do índice de Barthel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião da avaliação inicial • Instrumentos de avaliação • Caneta • Cadeira • Mesa 	60 min
Sessão 1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Explicar em que consiste a estimulação da cognição, a duração e o número de sessões previstas; • Apresentação dos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler as 3 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler e escrever as palavras. ▪ Observe com atenção as 2 fotografias, memorize os nomes ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir para cantar uma música popular. ▪ Solicitar que escreva 4 pessoas e 4 frutas ○ Treinar o cálculo: solicitar de conte até 30 (no sentido normal e no sentido contrário) • Propor tarefa de casa: Solicitar que a utente escolha uma fotografia que tenha no quarto e traga para a descrever na próxima sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Interrogativo • Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão Esclarecer as dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa Cadeiras 	5 min
Sessão 2				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscência: solicitar que a utente apresente a fotografia que escolheu e a descreva como TPC <ul style="list-style-type: none"> propor que pense nas pessoas importantes da sua vida, que indique quais são as pessoas de quem se sente mais próxima, que indique momentos que se recorda com essas pessoas. <ul style="list-style-type: none"> escrever 4 nomes de animais escrever 4 nomes objetos escrever 3 profissões Treinar o cálculo através de somas simples <ul style="list-style-type: none"> Solicitar que enumere 3 tarefas que realiza na fisioterapia e que as descreva Propor tarefas de casa: Solicitar que escreva num papel o que mais gosta na fisioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo Exercícios práticos 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Folha de papel 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Ativo Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Sessão 3				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais Resumo da sessão anterior Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cognição (<ul style="list-style-type: none"> Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva o que mais gosta na fisioterapia e o porquê TPC Treinar a memória a curto prazo através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> Ler as 5 palavras várias vezes até conseguir evocar, sem voltar a ler escrever as palavras. 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Participativo Ativo Interrogativo Exercícios práticas 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Computador Folha de papel 	20 min

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observe com atenção as 3 fotografias, memorize os nomes (nome e apelido) ▪ Memorize uma imagem com formas geométricas ▪ Tentar recordar os nomes que memorizou anteriormente ▪ Tentar recordar a imagem que memorizou e assinalar os elementos que mudaram. ○ Treinar o cálculo: solicitar que resolve contas de adição simples e subtração simples ○ Treinar a atenção: Observar dois conjuntos de símbolos, identificar se são iguais ou diferentes. • Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na próxima consulta descreva a sua sobremesa preferida aqui na casa 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 4				
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • 	5 min
Desenvolvimento	<p>Estimular a cognição</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente descreva a sobremesa preferida que escolheu como trabalho de casa • Pedir para dizer o que a faz rir, o que a faz feliz • Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar uma imagem com objetos e tentar memorizá-los ○ Pedir para responder, por escrito, as seguintes perguntas: Onde compra o pão? Onde se compram os medicamentos? Onde se compram as flores? Onde se compra a carne? Onde se encontra o peixe? Onde se compra roupa? Onde se compra os jornais? Onde se compra os sapatos? ○ Solicitar que indique os 3 objetos que viu na imagem do primeiro exercício. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar o cálculo: Perguntar quanto é 100-5, ao número encontrado retirar 5, e isso sucessivamente, solicitar que resolva adição simples • Treinar a habilidade construtiva: apresentar peças com cores, criar sequências e pedir para aplicar a mesma sequência 3 vezes. • Propor tarefas de casa: Solicitar a utente que na sessão seguinte relate a atividade que mais gosta de fazer na casa 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Sessão 5 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: solicitar que a utente relate a atividade que mais gosta de fazer na casa (TPC) ○ Treinar memória através de exercícios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever 4 nomes de animais e 4 nomes de frutas ▪ Solicitar que a utente identifique 5 objetos ▪ Ler com atenção um texto e tentar memorizá-lo ▪ Agora sem olhar para o texto responda, por escrito, as seguintes perguntas: Como se chama a Sra da história? Onde mora? Qual é sua profissão? A quanto alunos da aula ○ Treinar a atenção: Comparar os dois conjuntos e identificar se são iguais ou diferentes ○ Treinar o cálculo através de contas de adição e de subtração simples. • Incentivar que a utente continue a treinar no seu dia a dia as estratégias aprendidas, ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade • Propor tarefa de casa: Solicitar a utente pense em duas frases para descrever o que mais gostou das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o utente para o final da intervenção • Resumo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras 	5 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Agendamento da próxima sessão 		<ul style="list-style-type: none"> • Mesa 	
Sessão Final	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais • Resumo da sessão anterior • Explicação do objetivo da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min
Introdução				
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a cognição • Realizar TPC. Solicitar à utente que escreva em duas frases o que mais gostou das sessões <ul style="list-style-type: none"> ○ Treinar a memória a longo prazo através da terapia por reminiscências: <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitar que indique um filme ou novela que mais gostou e pedir para falar acerca dele/dela. ○ Treinar a memória: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir para descrever o jantar do dia anterior ▪ solicitar que memorize as sete palavras e sem voltar a ler escrever as palavras numa folha ▪ solicitar que responda, por escrito, as seguintes perguntas: quantos dias tem uma semana? Quais são? Quantos meses tem um ano? Quais são? Quantas estações tem um ano? Quais são? Quantos dias tem um ano? Quantos dias tem um mês? Quantas horas tem um dia? Quantos minutos tem uma hora? • Incentivar que a utente continue a treinar as estratégias aprendidas • Entregar a utente um manual personalizado com exercícios práticos de estimulação cognitiva • Ensinar dicas para aplicar estratégias no seu dia a dia adaptadas a sua realidade • Solicitar à utente que escreva em 1 frase sobre o que ganhou com esta intervenção • Aplicar as escalas de avaliação (Escala MOCA e TR) • Realizar síntese da sessão • Esclarecer dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Participativo • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa • Computador • Folha de papel • Instrumentos de avaliação e canetas 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvida • Orientar para o follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras • Mesa 	5 min

Anexos

Anexo I – Relaxamento por Imaginação Guiada

Pode ser dispendido um total de 15-20 segundos para cada item

VISÃO

- . Uma forma: círculo, triângulo, quadrado
- . Um carvalho – Um caracol
- . Um barco à vela
- . Um botão
- . Um fio de cabelo

SOM

Uma vez que as imagens visuais tendem a ser dominantes relativamente às auditivas, ao evocar, estas pode ser útil envolver-se numa névoa imaginária, ou na escuridão, que engula qualquer imagem visual e liberta os sons isolados.

Imagine:

- . O vento a soprar por entre as árvores, por entre as plantas nas margens do rio, por entre os lençóis estendidos na corda da roupa.
- . A campainha/toque do seu telefone
- . Diversas pessoas a chamar o seu nome
- . Os cascos dos cavalos em diferentes superfícies: pedra, alcatrão, terra, lama,...
- . Escalas tocadas num piano
- . Automóveis a arrancar no trânsito
- . Água a passar pelo leito rochoso de um rio, em ondas pequenas a rebentar na margem do lago ou a cair em cascata.

CHEIRO

- . Evoque calmamente, um a um, os seguintes cheiros:
- . Tomilho pisado
- . Vapores de gasolina
- . Pão acabado de cozer
- . Essência de jacinto
- . Cloro
- . Relva acabada de cortar
- . Baunilha

SABOR

Imagine o sabor de:

- . Grelos
- . Figos

- . Banana
- . Maionese
- . Toranja
- . Dentífrico

TOQUE

Deixe as outras imagens sensoriais desvanecerem-se antes de dirigir a atenção para as relacionadas com o toque. Evoque as seguintes tácteis:

- . Apertar a mão de outra pessoa
- . Estar descalço na areia seca e solta
- . Passar os dedos por cetim, veludo, serapilheira
- . Passar a mão pelo pêlo
- . Segurar um seixo polido
- . Enfiar uma agulha

TEMPERATURA

Imagine sensações de quente e frio:

- . Beber um líquido quente
- . Luz do sol incidindo no seu braço
- . Deslocar-se de um quarto quente para um quarto frio
- . Segurar um cubo de gelo
- . Entrar em um banho quente

SENTIDO CINESTÉSICO

Este sentido consiste na percepção do corpo em movimento. Sinta-se a realizar as seguintes atividades:

- . Nadar
- . Correr na relva
- . Serrar madeira
- . Atirar uma bola
- . Subir uma duna de areia
- . Pendurar um casaco num cabide
- . Agitar um xarope

Anexo II – Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Introdução do Método aos participantes:

“Os métodos/ procedimentos que vou demonstrar chamam-se treino de relaxamento progressivo e imaginação dirigida. O **Treino de relaxamento progressivo** consiste na contracção e libertação da tensão em todo o corpo. O objectivo é atingir o relaxamento que ocorre após a libertação da tensão. Uma contracção forte pode levar a um relaxamento profundo.

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos de corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (Pausa). Agora pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos.... É como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

Olhos: . Feche os olhos, apertando-os com força.... Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra.... Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... Os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face: Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (Pausa). Relaxe agora esses músculos.... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

Queixo: Aperte os seus dentes, com força.... Sinta os músculos contraídos, tensos... (Pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.

Pescoço: Contraia os músculos do pescoço.... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... Os músculos estão tensos... (Pausa). Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros Superiores: Levante o seu **braço direito** e com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro.... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (Pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo e com o punho fechado faça força... O seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro.... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (Pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados...completamente relaxados.

Membros Inferiores: Contraia os músculos da sua **perna direita**, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão.... Sinta a contração do pé até à coxa... (Pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho.... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua **perna esquerda**, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão.... Sinta a contração do pé até à coxa... (Pausa). Relaxe lentamente a sua perna esquerda e o joelho.... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços.... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas.... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (Pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial.... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos.... Estão completamente relaxados.

Região torácica: Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo, como se quisesse reduzir os pulmões.... Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe gradualmente o seu peito.... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

Região abdominal: Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua.... Sinta a tensão ao redor do umbigo... (Pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

Região sacro-coccígea: Concentre-se nos músculos abaixo da cintura.... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão.... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (Pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos.... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado(a)... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados.... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés.... Inspire novamente.... Expire o ar lentamente...

Finalização

Gostaria que gradualmente tomasse consciência da sala, sinta o chão/ cadeira debaixo de si... quando se sentir pronto, abra os olhos... faça alguns alongamentos com os seus membros (se quiser espreguice-se) ... sinta que está vigilante e pronto para continuar com a sua vida. Quando se sentir pronto... sente-se e posteriormente levante-se lentamente.