

Prevenção do Suicídio

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes

Relatório de Estágio

Conducente ao Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Vila Nova de Famalicão, Outubro de 2025

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes

Prevenção do Suicídio

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta

Trabalho realizado sob a orientação de
Professor Mestre e Doutorando Luís Silva

Relatório de Estágio

Conducente ao Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

AGRADECIMENTOS

À instituição, pela oportunidade que me concederam em puder ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A todos os profissionais da instituição que me acolheram desde o primeiro dia, demonstrando a sua disponibilidade, atenção e cuidado, tornando este percurso mais leve e enriquecedor.

A todos os professores e enfermeiros que, durante o ciclo de estudos, demonstraram a sua disponibilidade e contribuíram com os seus conhecimentos neste processo de adaptação, aprimoramento, aquisição e desenvolvimento de competências.

Às equipas multidisciplinares dos contextos clínicos onde decorreram os estágios que sempre me motivaram e contribuíram de forma a tornar este percurso académico recheado de aprendizagens.

Aos meus colegas de curso, Marta Pinto, Mafalda Veloso e João Pereira, pela amizade, carinho e cuidado com que me apoiaram e motivaram durante este percurso académico.

À minha colega de estágio e de curso, Patrícia Carneiro, pelo carinho e cuidado com que me apoiou e incentivou a permanecer e persistir na reta final do ciclo de estudos.

À minha família, em especial ao meu querido pai, Jorge, e à Diana, sem cujo apoio eu não teria chegado até este momento. Porque sempre me deram espaço para fazer as minhas próprias escolhas, independentemente das dificuldades e obstáculos que pudessem surgir, apoiando esta escolha e o meu percurso académico; e por celebrarem comigo com regozijo todos os pequenos passos que trilho enquanto Enfermeira, quer a nível profissional como académico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

APA – *American Psychological Association*

CRI – Centro de Respostas Integradas

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

ESSVA – Escola Superior de Saúde Vale do Ave

IC – Internamento Compulsivo

IRIS – Índice de Risco de Suicídio

LE – Licença de Ensaio

MCEESMP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

MIPE – Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIC – Plano Individual de Cuidados

RAF – Relação de Ajuda Formal

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, reflete o percurso académico desenvolvido ao longo do ciclo de estudos, com foco na prevenção do suicídio na pessoa adulta.

O relatório organiza-se em duas partes: a primeira descreve o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em diferentes contextos clínicos — internamento de agudos, comunidade e unidades especializadas — apoiado em referenciais teóricos como a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. A segunda parte centra-se na prática baseada em evidência, incluindo uma Revisão Integrativa da Literatura fundamentada nas intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na prevenção do suicídio da pessoa adulta, da qual resultou um programa interventivo que foi, posteriormente, implementado nos Estágios de Natureza Profissional.

Os resultados demonstraram a relevância das intervenções psicoterapêuticas na diminuição do risco de suicídio e outros comportamentos da esfera suicidária, reforçando a importância do papel autónomo e especializado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na promoção da saúde mental, prevenção do suicídio e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Psiquiátrica; Cuidados de Enfermagem; Prevenção do Suicídio; Suicídio; Enfermagem.

ABSTRACT

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, reflects the academic pathway undertaken throughout the study cycle, with a focus on suicide prevention in adults.

The report is organized into two parts: the first describes the development of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry across different clinical contexts — acute inpatient care, community care, and specialized units — supported by theoretical frameworks such as Meleis' Transition Theory and Peplau's Interpersonal Relations Theory. The second part focuses on evidence-based practice, including an Integrative Literature Review on autonomous interventions by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry in adult suicide prevention, which resulted in the design of an intervention program that was subsequently implemented during Professional Nature Internships.

The findings demonstrated the relevance of psychotherapeutic interventions in reducing suicide risk and other suicidal behaviors, reinforcing the importance of the autonomous and specialized role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry in promoting mental health, preventing suicide, and ensuring continuous improvement in the quality of care.

KEYWORDS: Psychiatric Nursing; Nursing Care; Suicide Prevention; Suicide; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMP	12
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	12
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	16
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	18
3.1. Estágio de Natureza Profissional I – Internamento de Agudos.....	18
3.2. Estágio de Natureza Profissional II – Comunidade.....	20
3.3. Estágio de Natureza Profissional III – Unidades Especializadas	22
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
4.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	26
4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	28
4.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	29
4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	31
5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS	33
5.1. Cuidar da pessoa em internamento de agudos.....	34
5.2. Cuidar da pessoa na comunidade.....	38
5.3. Cuidar da pessoa em contextos especializados	42
5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.....	45
PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	48
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA – <i>Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria</i>	48
2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	62
2.1. Descrição do programa a implementar	62
2.2. Método	63
2.3. Resultados	75
2.4. Discussão	76

2.5. Conclusões	77
3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE	79
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	85
ANEXO I – ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO (IRIS).....	86
ANEXO II – FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES MAIS IMPORTANTES	87
ANEXO III – SINAIS DE ALARME	88
ANEXO IV – PLANO DE SEGURANÇA.....	89
ANEXO V – ESCALA ETC-R	90
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO CLÍNICO	92
APÊNDICE II – ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E PSICOEDUCAÇÃO	93
APÊNDICE III – TREINO DE FUNÇÕES ESPECÍFICAS NA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	94
APÊNDICE IV – TÉCNICA DA IMAGINAÇÃO GUIADA.....	95
APÊNDICE V – TÉCNICA DE RELAXAMENTO	96
APÊNDICE VI – REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA.....	97
APÊNDICE VII – RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL	98
APÊNDICE VIII – FOLHETO: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA	99
APÊNDICE IX – POWERPOINT: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA.....	100
APÊNDICE X – ALGORITMO / <i>PATHWAY</i> : REFERENCIAÇÃO PARA O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA.....	101
APÊNDICE XI – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: ÁLCOOL – CONHECER PARA PREVENIR	102
APÊNDICE XII – SESSÕES DE RELAXAMENTO NA PEDOPSIQUIATRIA	103
APÊNDICE XIII – JOGO DE CARTAS TERAPÊUTICAS: DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE COPING; GESTÃO DE EMOÇÕES; AUTOESTIMA E AUTOCONHECIMENTO	104
APÊNDICE XIV – GALERIA DE IMAGENS: CARTAS TERAPÊUTICAS	105
APÊNDICE XV – ALGORITMO / <i>PATHWAY</i> : PREPARAÇÃO PARA A ALTA EM ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA	106
APÊNDICE XVI – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA – GUIA PARA PAIS	107

APÊNDICE XVII – ALGORITMO / *PATHWAY*: *FOLLOW-UP* PARA ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA..... 108

APÊNDICE XVIII – POWERPOINT: ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES:
ANOREXIA NERVOSA 109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria das Transições de Meleis.....	13
Figura 2 – Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.....	50

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.....	52
Quadro 2 – Intervenções autónomas de enfermagem para dar resposta ao diagnóstico “Risco de suicídio”, segundo a CIPE, versão 2019 (International Council of Nurses, 2019).....	56
Quadro 3 – Sessão nº1 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial.....	65
Quadro 4 – Sessão nº2 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial (continuação).....	66
Quadro 5 – Sessão nº3 – Plano de Segurança.....	67
Quadro 6 – Sessão nº4 – Abordagem Individual.....	68
Quadro 7 – Sessão nº5 – Abordagem Individual (continuação).....	69
Quadro 8 – Sessão nº 6 – Envolvimento da Família.....	70
Quadro 9 – Sessão nº 7 – Sessão Final.....	71
Quadro 10 – Sessão nº8 – Sessão de Follow-up.....	72

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP), com vista à obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Visa também refletir o percurso académico, ao longo do presente ciclo de estudos, compreendido entre Janeiro de 2024 e Maio de 2025.

A sua elaboração explana detalhadamente o trabalho desenvolvido nos estágios em diferentes contextos clínicos, os conhecimentos teóricos e práticos apreendidos e implementados bem como as experiências vivenciadas a nível profissional e pessoal, com o objetivo primordial de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP).

No decorrer do presente ciclo de estudos, foi desenvolvido um programa interventivo decorrente da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que foi, posteriormente, implementado em dois contextos clínicos de estágio. Este programa, denominado de *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*, apresenta como objetivo principal prevenir o suicídio na pessoa adulta através de intervenções autónomas do EEESMP, demonstrando a importância do papel deste nesta temática em específico.

Assim sendo, o presente relatório intitula-se como *“Prevenção do Suicídio: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”*, dado ser o tema central do mesmo e da RIL bem como a área em que me debrucei com maior detalhe ao longo dos estágios em contexto clínico.

O suicídio é classificado como “comportamento autodestrutivo: execução de atividades suicidas que levam à própria morte” (International Council of Nurses (ICN), 2019). Trata-se, portanto, de um comportamento autodestrutivo consciente e deliberado por parte de um indivíduo com o intuito de terminar a própria vida.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), o comportamento da esfera suicidária consiste na intenção de terminar com a própria vida de forma explícita ou deduzida através de comportamento potencialmente autolesivos com intenção de morrer como resultado do ato (American Psychiatric Association, 2022).

O comportamento autodestrutivo, mais especificamente o comportamento da esfera suicidária, envolve a ideação suicida, um plano de suicídio e uma ou várias tentativas de suicídio (Ati,

Paraswati, & Heni, 2020; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012). O suicídio ou tentativa de suicídio são considerados uma emergência psiquiátrica que requerem uma intervenção imediata por parte de uma equipa multidisciplinar na área da saúde.

Anualmente, morrem mais de 700.000 pessoas por suicídio a nível mundial. Por cada suicídio, existem ainda mais pessoas a cometer tentativas de suicídio. O suicídio é um fenómeno global, complexo e multifacetado, caracterizando-se como uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países, tendo efeitos duradouros para quem lida com pessoas que cometeram suicídio de forma consumada ou tentada (World Health Organization, 2023; OE, 2012). Assim, os comportamentos da esfera suicidária são considerados um problema de Saúde Pública (OE, 2012).

O suicídio e as tentativas de suicídio são preveníveis através da implementação de variadas intervenções a nível populacional, sub-populacional e individual (World Health Organization, 2023).

A prevenção baseia-se numa abordagem multidisciplinar de vários setores da sociedade, incluindo o setor da área da saúde; sendo a intervenção autónoma de enfermagem na área da saúde mental e psiquiatria relevante e impactante na abordagem preventiva, revelando a importância do papel do EEESMP.

A metodologia utilizada durante a elaboração do relatório é descritiva e reflexiva, na qual irei explicar e enquadrar teoricamente o trabalho efetuado ao longo do ciclo de estudos e as competências comuns e específicas desenvolvidas nos cuidados à pessoa com alterações do foro psiquiátrico.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte apresenta o percurso desenvolvido para a obtenção de competências inerentes à categoria de EEESMP, dividindo-se em cinco capítulos.

A segunda parte centra-se no caminho desenvolvido para a obtenção de competências associadas ao grau de Mestre, focando-se na prática de cuidados baseada na evidência, onde será abordada a RIL realizada bem como o programa interventivo, dividindo-se em três capítulos.

A redação deste relatório rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), pelo novo acordo ortográfico e as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMP

A PARTE I do presente relatório encontra-se dividida em cinco capítulos e tem como objetivo a descrição detalhada do percurso percorrido ao longo do ciclo de estudos com vista ao desenvolvimento de competências do EEESMP.

O primeiro capítulo foca-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis e a sua pertinência no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica. Seguidamente, o segundo capítulo aborda uma segunda teoria de Enfermagem, nomeadamente, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a sua importância no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica. Por outro lado, o terceiro capítulo contextualiza o contexto clínico onde foram desenvolvidos os estágios de natureza profissional, abrangendo três diferentes campos de estágio. O quarto capítulo, por sua vez, foca-se no desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e os seus diversos domínios.

Por fim, o quinto capítulo aborda o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP face ao contexto clínico, tendo como base as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios de natureza profissional bem como as competências específicas adquiridas.

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

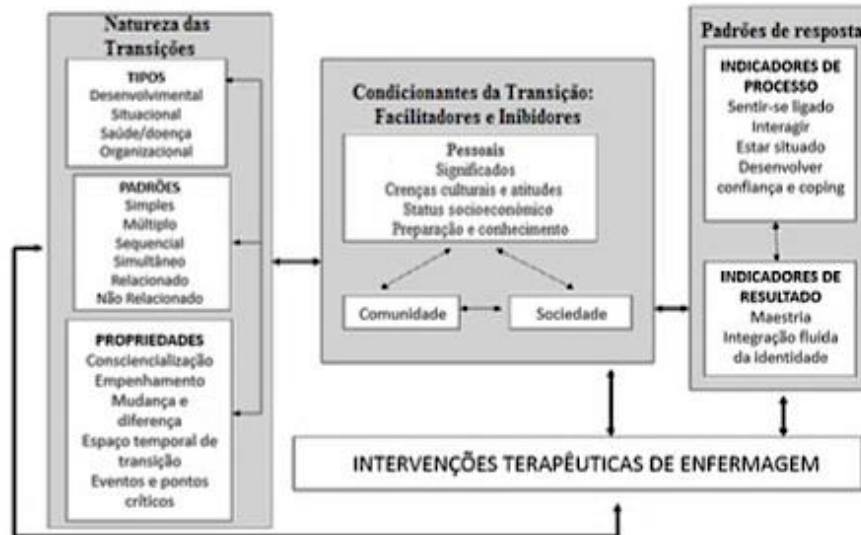
A Teoria das Transições de Afaf Meleis é considerada uma teoria de médio alcance com foco no processo de transição vivenciado por um indivíduo e/ou cliente.

O processo de transição é uma experiência, por si só, complexa, diversa e múltipla em várias dimensões. Consiste, portanto, numa mudança de um estado estável para outro estado estável e requer por parte do indivíduo um conjunto de mudanças individuais, com o objetivo de obter alterações a nível comportamental, incorporação de conhecimentos teóricos e/ou práticos juntamente com a alteração do seu *self*. Assim sendo, a transição só é completada se houverem alterações efetivas, resultando em mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente (Meleis et al., 2000).

A presente teoria (Figura 1) permite ao enfermeiro prestar cuidados com qualidade a um indivíduo; abordando a natureza das transições, composta por tipos, padrões e propriedades; condicionantes facilitadores e inibidores da transição; padrões de resposta como indicadores de

processo e resultado e, por fim, nas intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis.



Reproduzido de Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem, por Guimarães & Silva, 2016.

A natureza do processo de transição pode ser classificada em diversos tipos, tais como: desenvolvimental (relacionada com mudanças no ciclo vital de um indivíduo); situacional (relacionada com acontecimentos que implicam alteração de papéis a nível individual; saúde/doença (associada à mudança de um estado de bem-estar e saúde para o estado de doença); e organizacional (relacionada com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais) (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

Em acréscimo, apresenta também diversos padrões como, por exemplo, o simples (relacionado a uma única transição) ou múltiplas (relacionado com várias transições em simultâneo); sequenciais (em que a transição ocorre em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas (ocorrem no mesmo espaço temporal); e relacionadas ou não relacionadas entre si (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

Tal como descrito anteriormente, o processo de transição é complexo, diverso e múltiplo, pelo que engloba várias propriedades, como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal e eventos ou pontos críticos.

Para que o enfermeiro possa auxiliar e acompanhar o indivíduo durante todo o seu processo de transição, é crucial que este conheça as condicionantes da transição, que podem ser

classificados como facilitadores e inibidores para o processo, dividindo-se em condicionantes pessoais (como, por exemplo, os significados atribuídos, crenças culturais e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento); condicionantes da comunidade (como a existência ou não de estruturas de apoio e recursos na comunidade); e os condicionantes da sociedade (que concernem às representações sociais e estereótipos) (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

O objetivo primordial da Teoria das Transições de Meleis é que o indivíduo vivencie uma transição saudável, sendo que esta é determinada pelos seus padrões de resposta, denominados por indicadores de processo e de resultado.

Os indicadores de processo permitem identificar se a vivência do indivíduo se encontra em direção de saúde e bem-estar ou em direção de vulnerabilidade e risco. Estes, por sua vez, englobam o indivíduo sentir-se ligado/conectado; a interação que permite clarificar e ajustar comportamentos de resposta à transição em que se encontra; o estar situado permitindo o mesmo desprender-se de vivências passadas e enfrentar novas situações/experiências; e o desenvolvimento de *coping* e confiança no processo necessário para a mudança (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

Seguidamente, os indicadores de resultado permitem-nos perceber se a transição foi bem-sucedida, ou seja, se o indivíduo efetuou uma transição saudável, através da mestria (que se define como o domínio de novas competências) e da integração fluída de uma nova identidade (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

Para que o indivíduo obtenha um processo de transição saudável, no que concerne à enfermagem enquanto profissão humanizada, científica e holística, o enfermeiro deve conhecer o crescimento e desenvolvimento do indivíduo sujeito à transição e da sua família, ao longo do seu ciclo vital, sendo conhecedor e sabendo reconhecer as dificuldades e adaptações às novas vivências/situações que podem gerar instabilidade e provocar vulnerabilidade e risco.

Como tal, as intervenções de enfermagem são uma ação interventiva por parte do enfermeiro, direcionadas ao indivíduo, sendo estas implementadas de forma continuada ao longo de todo o processo de transição; com o objetivo principal de munir o indivíduo de conhecimento e capacidades que permitam, por sua vez, uma adaptação positiva e um processo de transição saudável.

No contexto de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo como foco numa primeira abordagem à pessoa com necessidade de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), é fulcral que o enfermeiro avalie o *insight* do indivíduo. Caso este não apresente *insight*, não poderá vivenciar o processo de transição, dado que não possui capacidade para compreender a vivência a que está sujeito. Assim sendo, a Teoria das Transições de Meleis poderá ser utilizada numa abordagem à família ou cuidador, e não diretamente ao indivíduo com necessidade de cuidados em ESMP (Cardoso, 2008).

O indivíduo com necessidade de cuidados em ESMP vivencia transições significativas, que incluem mudanças no estado de saúde mental, no seu estilo de vida e adaptações a novas circunstâncias sociais; incluindo as múltiplas dimensões das transições, tais como, fatores pessoais, sociais e ambientes; pelo que os cuidados de enfermagem devem ser sistémicos e centrados na pessoa (Meleis et al., 2000; OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem desempenhados em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria podem ser aplicados à luz da Teoria das Transições, através de intervenções de Enfermagem eficazes e adaptadas ao indivíduo que permitam auxiliá-lo e apoiá-lo durante os períodos de transição. Como tal, os cuidados de enfermagem devem ter em consideração um plano de cuidados individualizado que aborde as necessidades específicas do indivíduo durante a sua transição, promovendo a sua autonomia e desenvolvimento de conhecimento e capacidades (Meleis et al., 2000; OE, 2018).

Para além disso, o enfermeiro promove também o desenvolvimento de competências pessoais, como, por exemplo, a resiliência e o autocuidado a nível de bem-estar geral, capacitando o indivíduo para enfrentar desafios e obstáculos associados à sua saúde mental e, posteriormente, atingir uma melhor qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital (Meleis et al., 2000; OE, 2018).

O EEESMP deve ser, portanto, capaz de reconhecer como o indivíduo se identifica face a um problema na área da Saúde Mental e Psiquiatria, se o momento é oportuno para intervir com foco na sua resolução, contribuir para a identificação de estratégias que promovam um processo de transição saudável bem como apoiar a pessoa ao longo da transição.

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

A Teoria de Peplau, designada como a Teoria das Relações Interpessoais, tem como base um modelo psicodinâmico que explica o processo interpessoal entre o enfermeiro, indivíduo e a comunidade de forma dinâmica (Bittencourt et al., 2018; S. S. C. Santos & Nóbrega, 1996).

Por forma a se estabelecer uma relação interpessoal e, conseqüentemente, terapêutica, existem quatro fases de atuação no processo interpessoal que deverão ser educativas e terapêuticas, sendo estas a: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990). Cada fase caracteriza-se pelas funções desempenhadas por ambos os intervenientes – neste caso, o enfermeiro e o cliente – encontrando-se relacionadas entre si, variando na sua duração, tendo em conta o processo evolutivo com foco na resolução do problema (Moraes et al., 2006).

A fase da orientação determina o início da relação interpessoal, sendo que o enfermeiro deve identificar as necessidades e dados pertinentes do cliente face ao problema existente (Townsend, 2011).

Na segunda fase – identificação – o enfermeiro deve auxiliar o indivíduo na identificação de estratégias a utilizar, por forma a responder às necessidades identificadas (Bittencourt et al., 2018). É esperado que no final da segunda fase, o cliente comece a enfrentar e a lidar com o seu problema, diminuindo a sensação de impotência e desesperança (Moraes et al., 2006).

No que concerne à fase da exploração, a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente encontra-se fortalecida e explorada, atingindo o seu potencial máximo (Bittencourt et al., 2018). Assim sendo, o cliente identifica o enfermeiro como o sujeito que reconhece e compreende as relações interpessoais da situação em questão, passando a explorar todos os serviços que lhe são oferecidos (Moraes et al., 2006).

Por último, na fase da resolução, é expectável que as necessidades do cliente se encontrem satisfeitas, havendo necessidade de quebrar o elo de ligação entre o enfermeiro e o indivíduo, dando término, portanto, à relação interpessoal e terapêutica (Moraes et al., 2006).

Assim sendo, é expectável que o enfermeiro estabeleça um processo de comunicação e relacionamento terapêutico com o cliente, estimulando a identificação das suas necessidades, por forma a conquistar a sua independência e autonomia, através da promoção da sua saúde e bem-estar geral (Moraes et al., 2006).

A Teoria de Peplau permite que o enfermeiro atue como um facilitador no processo de recuperação, através das quatro fases referidas anteriormente; não só destinado ao cliente enquanto indivíduo/pessoa, mas também à família e/ou cuidador da pessoa com necessidades em ESMP.

Peplau identificou diferentes papéis que o enfermeiro assume na relação interpessoal com o cliente, tais como: o estranho, o técnico, o professor, o líder, o substituto e o conselheiro. Estes papéis visam auxiliar na formulação dos planos de cuidados com foco na ação interventiva bem como na resolução das necessidades e problemas identificados, devendo ser utilizados de forma adaptada à pessoa e/ou família (Peplau, 1990).

No contexto de Saúde Mental e Psiquiatria, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau desempenha um papel fulcral nos cuidados de enfermagem, dado que reconhece a importância das relações terapêuticas entre o enfermeiro e o cliente, durante o processo de tratamento face a um problema de saúde mental (Bittencourt et al., 2018; OE, 2018).

A relação terapêutica estabelecida e, inerentemente, a interação interpessoal constituem-se como uma ferramenta fundamental na promoção da saúde mental e bem-estar geral, através da criação de um vínculo de confiança e compreensão mútua, num *setting* apropriado à expressão emocional e exploração de questões pessoais, identificando e tratando os problemas, capacitando o cliente para enfrentar os desafios e obstáculos à saúde mental (Bittencourt et al., 2018; OE, 2018).

O objetivo principal da ESMP consiste no desenvolvimento de uma relação entre o enfermeiro e o cliente, que surge de forma natural e intrínseca, através do desenvolvimento pessoal e utilização de técnicas de comunicação enquanto ferramenta terapêutica (OE, 2018; Sequeira, 2014).

Tendo por base esta teoria, o indivíduo e/ou cliente percebe o enfermeiro como um aliado no seu processo de tratamento, sendo, por isso, um facilitador na promoção da saúde mental e bem-estar, orientando-o na procura de estratégias de resolução de problemas e satisfação de necessidades. Assim sendo, quanto melhor for a relação interpessoal e terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, mais eficaz será o processo de tratamento e a resolução de problemas na área da Saúde Mental e Psiquiatria (Bittencourt et al., 2018; OE, 2018; Sequeira, 2014).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

3.1. Estágio de Natureza Profissional I – Internamento de Agudos

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) I decorreu numa Unidade Local de Saúde (ULS) pertencente à região Norte do país, mais concretamente num Serviço de Psiquiatria de Internamento de Agudos. Decorreu entre 25 de Novembro de 2024 e 24 de Janeiro de 2025.

Possui uma lotação de 40 camas, distribuídas em quartos duplos, para indivíduos adultos que cumpram os critérios de internamento, bem como dois quartos individuais de isolamento. A distribuição por sexo varia mediante indicações da Equipa de Gestão Hospitalar.

Em termos de composição da equipa multidisciplinar, esta é composta por Enfermeiros Generalistas e EEESMP, Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Assistentes Sociais, Técnicos Auxiliares de Saúde e Terapeutas Ocupacionais. Sendo que a sua distribuição por turnos, no que concerne à Equipa de Enfermagem, é a seguinte: 3 Enfermeiros Generalistas e 3 EEESMP no turno da manhã, 2 Enfermeiros Generalistas e 2 EEESMP no turno da tarde, 1 EEESMP e 2 Enfermeiros Generalistas no turno da noite.

O serviço onde o estágio decorreu possui uma programação estruturada de intervenções psicoterapêuticas e atividades ocupacionais terapêuticas em grupo, de 2ª a 6ª feira, no período da manhã. Na 2ª feira, está programado a implementação de um grupo de suporte com os clientes, sendo que é impreterível a presença e moderação do grupo por parte de 2 EEESMP, onde são abordadas várias temáticas do foro da saúde mental. À 3ª feira, ocorre uma reunião multidisciplinar com a presença de Médicos Psiquiatras, 1 a 2 EEESMP, Assistente Social e Psicólogo Clínico, onde é efetuada a discussão de casos clínicos dos clientes internados.

Na 4ª feira, encontra-se também programada uma intervenção terapêutica, escolhida conforme necessidade dos clientes, ministrada por 1 a 2 EEESMP, bem como à 5ª feira é efetuada uma atividade no âmbito da terapia ocupacional realizada por um Terapeuta Ocupacional. Por fim, à 6ª feira, é efetuada uma intervenção psicoterapêutica em grupo realizada por 1 a 2 EEESMP.

Para além do regime de internamento, os clientes podem ter autorização de usufruir de Licença de Ensaio (LE) bem como frequentar o exterior do serviço. A LE consiste numa autorização clínica em que o cliente se pode ausentar do serviço durante um espaço temporal, comumente um fim-de-semana, determinado pela equipa de saúde, sendo que este deve manter-se acompanhado pela sua família e/ou pessoa significativa. Têm também acesso a visitas por parte de familiares

e outras pessoas significativas no período compreendido entre as 16:30 e 17:30.

Para os clientes que não possuam visitas, podem usufruir de uma chamada telefónica por dia. Estas medidas visam a promoção e consolidação das relações interpessoais, nomeadamente, familiares; com o objetivo primordial de promover o bem-estar mental.

No decurso deste estágio profissional, tive a oportunidade de planear, desenvolver e implementar intervenções psicoterapêuticas sob a orientação das Enfermeiras Monitoras e do Enfermeiro Supervisor. Como tal, efetuei entrevista clínica a variados clientes com diversas patologias psiquiátricas, nomeadamente, Depressão Psicótica, Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo, Esquizofrenia, Perturbação de Personalidade Borderline e Síndrome de Folie à Deux.

De igual forma, tive também a oportunidade de executar Relação de Ajuda Formal (RAF) **(APÊNDICE VII)** e Reestruturação Cognitiva **(APÊNDICE VI)** a uma cliente com Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo, em contexto da elaboração e desenvolvimento de um estudo de caso clínico **(APÊNDICE I)**. No que concerne a outras intervenções psicoterapêuticas, executei também a técnica de relaxamento muscular modificado **(APÊNDICE V)** e a técnica de imaginação guiada **(APÊNDICE IV)** a um grupo homogéneo, segundo os critérios estabelecidos no planeamento do mesmo. No contexto da cognição, executei estimulação cognitiva a uma cliente bem como psicoeducação à familiar da mesma **(APÊNDICE II; APÊNDICE III)**, direcionada à pessoa com cognição comprometida.

Para além disso, com foco na prática de cuidados baseada na evidência, implementei o programa interventivo na prevenção do suicídio na pessoa adulta, que será abordado com maior detalhe na Parte II do presente relatório.

Em termos de acompanhamento dos clientes, tive a oportunidade de acompanhar diversos clientes desde a sua admissão no serviço até à alta clínica, participando no momento da sua admissão bem como no momento da sua alta; e ao longo do seu processo de transição saúde/doença.

Assim, pode-se afirmar que o papel do EEESMP no Serviço de Psiquiatria de Internamento de Agudos tem como objetivo primordial identificar focos e diagnósticos de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria, delinear o plano de cuidados em articulação com o cliente e implementar intervenções psicoterapêuticas individualizadas ou em grupo, que permitam a sua recuperação e obtenção do seu funcionamento máximo a nível da saúde mental e bem-estar mental. A intervenção do EEESMP, enquanto terapeuta de referência, assenta-se na Teoria das

Transições ao auxiliar e acompanhar o processo de transição saúde/doença dos clientes e na Teoria das Relações Interpessoais ao estabelecer e promover uma relação terapêutica com os clientes.

3.2. Estágio de Natureza Profissional II – Comunidade

O ENP II decorreu num Centro de Respostas Integradas (CRI) de Saúde Mental, inserido numa ULS pertencente à região Norte do país. Decorreu entre 10 de Fevereiro de 2025 e 28 de Março de 2025.

O CRI de Saúde Mental em questão é um projeto-piloto, motivo pelo qual não possui ainda estrutura física própria. Assim, a equipa pertencente ao CRI vai-se mobilizando fisicamente entre gabinetes inseridos numa Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e no Departamento de Saúde Mental da própria ULS; tendo em consideração a área de residência dos clientes que integram na sua carteira. Assim, o acompanhamento dos clientes por parte dos profissionais de saúde integrados no CRI pode ser presencialmente ou no domicílio, dependendo dos critérios para visita domiciliária.

Em termos de composição da equipa multidisciplinar, esta é composta por EEESMP, Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos e Assistentes Sociais; sendo que o horário de funcionamento do CRI é de segunda a sexta-feira, durante o período diurno.

Os EEESMP alocados ao CRI trabalham exclusivamente na vertente comunitária, sendo que os Médicos Psiquiatras, Psicológicos Clínicos e Assistentes Sociais articulam-se entre a área hospitalar e comunitária.

Cada EEESMP possui uma carteira de clientes que lhes são referenciados mediante critérios previamente delineados e, após análise, através do Departamento de Saúde Mental da própria ULS, das consultas de Psiquiatria de Ligação da própria ULS, por equipas de Saúde Familiar e também em contexto pós-alta de internamento psiquiátrico a partir de um Hospital Psiquiátrico da região Norte do país.

Após referenciação, o EEESMP efetua uma análise do caso clínico do cliente referenciado e agenda a primeira consulta, por forma a detetar as suas necessidades em questão de Saúde Mental. No contexto de CRI, o planeamento de cuidados de Enfermagem encontra-se estruturado através do Plano Individual de Cuidados (PIC) que, futuramente, se irá traduzir em indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem na área da Saúde Mental.

O CRI de Saúde Mental possui inúmeros programas com foco na prevenção da doença mental e promoção da saúde mental que podem ser adaptados aos clientes, mediante as suas necessidades e critérios. Para além disso, o EEESMP intervém de forma autónoma com a implementação de intervenções psicoterapêuticas que podem ser isoladas ou inseridas nos ditos programas.

No decurso deste estágio profissional, tive a oportunidade de planear, desenvolver e implementar algumas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente a Psicoeducação direcionada ao cuidador de familiar com demência (**APÊNDICE II; APÊNDICE III**) bem como a Psicoeducação na prevenção do alcoolismo e doenças mentais associadas em clientes com consumo de álcool (**APÊNDICE XI**); sob a orientação da Enfermeira Monitora.

De igual forma, tive também a oportunidade de participar em intervenções psicoterapêuticas em articulação com a Enfermeira Monitora, direcionadas a clientes com diversas patologias psiquiátricas, nomeadamente, Perturbação Obsessiva-compulsiva, Síndrome de Ekblom, Déficit Cognitivo Ligeiro, Perturbação Bipolar e Perturbação de Personalidade Borderline.

Para além disso, com foco na prática de cuidados baseada na evidência, implementei o programa interventivo na prevenção do suicídio na pessoa adulta, que será abordado com maior detalhe na Parte II do presente relatório; que se revelou uma necessidade emergente no CRI de Saúde Mental. Aliado à implementação do programa interventivo, elaborei um folheto informativo e didático com o objetivo de utilizar com o cliente durante as sessões do programa (**APÊNDICE VIII**).

Derivada da necessidade emergente no CRI de Saúde Mental face ao crescente aumento de clientes com ideação suicida e tentativa de suicídio recente, realizei uma articulação com a Enfermeira Monitora, por forma a implementar o programa interventivo enquanto protocolo na instituição. Assim sendo, elaborei também, no domínio da melhoria contínua da qualidade, uma formação em serviço acerca do programa interventivo na prevenção do suicídio na pessoa adulta (**APÊNDICE IX**).

Em acréscimo, no domínio da gestão dos cuidados, elaborei um algoritmo de referência (**APÊNDICE X**) do cliente para a implementação do programa interventivo na prevenção do suicídio na pessoa adulta, que será utilizado conjuntamente enquanto protocolo na instituição em questão.

No âmbito da promoção da reabilitação psicossocial, pude assistir a atividades ocupacionais terapêuticas monitorizadas pelos EEESMP do CRI de Saúde Mental que eram dinamizadas em articulação com parceiros de um programa pré-existente na instituição, nomeadamente, Juntas de Freguesia e Câmara Municipal.

Em termos de acompanhamento dos clientes, tive a oportunidade de acompanhar diversos clientes desde a sua referência e admissão no CRI até à alta clínica por parte de Enfermagem, participando no momento da sua admissão bem como no momento da sua alta; e ao longo do seu processo de transição saúde/doença.

Tal como no ENP I, que decorreu no Serviço de Psiquiatria de Internamento de Agudos, o papel do EEESMP em contexto comunitário tem também como objetivo primordial identificar focos e diagnósticos de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria, delinear o plano de cuidados em articulação com o cliente e implementar intervenções psicoterapêuticas individualizadas ou em grupo, que permitam a sua recuperação e obtenção do seu funcionamento máximo a nível da saúde mental e bem-estar mental. A intervenção do EEESMP, enquanto terapeuta de referência, assenta-se na Teoria das Transições ao auxiliar e acompanhar o processo de transição saúde/doença dos clientes e na Teoria das Relações Interpessoais ao estabelecer e promover uma relação terapêutica com os clientes.

Neste estágio clínico, o EEESMP alicerça também a prática dos seus cuidados e intervenções na Teoria de Virginia Henderson que apresenta como foco principal a satisfação de 14 necessidades humanas básicas com vista à recuperação e melhoria do bem-estar dos clientes (Neto & Nóbrega, 1999).

3.3. Estágio de Natureza Profissional III – Unidades Especializadas

O ENP III decorreu num Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, inserido numa ULS pertencente à região Norte do país. Decorreu entre 31 de Março de 2025 e 23 de Maio de 2025.

O serviço possui uma lotação de 10 camas, distribuídas em quartos triplos e individuais, para adolescentes dos 12 aos 17 anos que cumpram os critérios de internamento, bem como um quarto individual de isolamento. A distribuição por sexo varia mediante indicações da Equipa de Gestão Hospitalar.

Os adolescentes internados possuem variadas patologias na área da SMP, sendo as mais comuns: o primeiro surto psicótico, perturbações de comportamento alimentar, perturbações

relacionadas com comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio, disforia de género, perturbação de oposição e desafio e perturbação depressiva.

Para além do regime de internamento, os adolescentes podem ter autorização de usufruir de LE bem como frequentar o exterior do serviço acompanhados pelos seus pais e/ou cuidadores, durante o horário de visitas. Têm também direito a visitas por parte de familiares e outras pessoas significativas no período compreendido entre as 16:00 e as 18:00. Para os adolescentes que não possuam visitas, podem usufruir de uma chamada telefónica por dia, se esta se encontrar autorizada pelo Médico Pedopsiquiatra. Estas medidas visam a promoção e consolidação das relações interpessoais, nomeadamente, familiares; com o objetivo primordial de promover o bem-estar mental.

Em termos de composição da equipa multidisciplinar, esta é composta Enfermeiros Generalistas, EEESMP, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Médicos Pedopsiquiatras, Psicólogos Clínicos, Assistentes Sociais, Técnicos Auxiliares de Saúde e Terapeutas Ocupacionais. Sendo que a sua distribuição por turnos, no que concerne à Equipa de Enfermagem, é a seguinte: 2 Enfermeiros durante o turno da manhã e da tarde e 1 Enfermeiro durante o turno da noite.

O serviço onde o estágio decorreu possui uma programação estruturada de intervenções psicoterapêuticas e atividades ocupacionais terapêuticas em grupo, de 2ª a 6ª feira, maioritariamente no período da manhã, podendo prolongar-se até às 15:00. Alguns exemplos de atividades ocupacionais terapêuticas são: a terapia ocupacional, a expressão plástica, a musicoterapia, o sociodrama, o teatro, a natação e a ginástica. Estas últimas, a natação e a ginástica, decorrem em edifícios no exterior do internamento, porém no interior das instalações da ULS; e os adolescentes devem ser acompanhados por um Enfermeiro do serviço durante a realização da atividade. Por outro lado, as intervenções psicoterapêuticas são implementadas pelo EEESMP, sendo as mais utilizadas comumente o Relaxamento e Técnicas de Comunicação Terapêutica.

Para além disso, o Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria possui uma reunião semanal multidisciplinar, programada para ser desenvolvida todas as 6ª feiras, onde são debatidos os casos clínicos dos adolescentes internados, a sua evolução e tratamento expectável.

No que concerne à sua estrutura física, o serviço em questão possui dois andares, sendo constituído pelo internamento, hospital de dia e consultas externas. O hospital de dia, neste momento, encontra-se apenas a funcionar dois dias por semana, nomeadamente, à 3ª e 5ª feira.

A nível de programas interventivos, possui um programa destinado a adolescentes com primeiro surto psicótico que é aplicado após alta clínica do internamento, onde este é acompanhado por um EEESMP durante o período de um ano. O papel do EEESMP, neste programa interventivo, visa acompanhar, supervisionar e orientar a reintegração do adolescente na sociedade, após a alta clínica e o primeiro surto psicótico; bem como auxiliar os pais e/ou cuidadores na gestão do regime terapêutico e na deteção de sinais e sintomas precoces de surto psicótico. Em acréscimo, facilita a promoção e adesão do adolescente ao regime terapêutico instituído, mais concretamente ao regime medicamentoso; prevenindo, desta forma, recidivas de surtos psicóticos.

A perspetiva da Equipa de Enfermagem acerca da pertinência deste programa interventivo é positiva, na medida em que referem denotar uma diminuição significativa de recidivas de surtos psicóticos nos adolescentes que são acompanhados.

No decurso deste estágio profissional, em conjunto com a minha colega estagiária, tive a oportunidade de planear, desenvolver e implementar algumas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente Psicoeducação a um grupo específico de adolescentes através de um jogo de cartas terapêutico (**APÊNDICE XIII; APÊNDICE XIV**) bem como executar intervenção psicoterapêutica de relaxamento por imaginação guiada (**APÊNDICE XII**).

Derivada da necessidade emergente no Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, face ao crescente aumento de adolescentes internados com Anorexia Nervosa (AN), houve uma articulação com as Enfermeira Monitoras e a minha colega de estágio, por forma a implementar um algoritmo de preparação para a alta clínica e follow-up de adolescentes com este diagnóstico, enquanto protocolo na instituição (**APÊNDICE XV; APÊNDICE XVII**).

Para além disso, foi elaborado, também em conjunto com a minha colega de estágio, um folheto informativo sobre AN destinados a pais e cuidadores de adolescentes diagnosticados com esta patologia (**APÊNDICE XVI**).

Assim sendo, elaborei também, no domínio da melhoria contínua da qualidade, uma formação em serviço à equipa de Enfermagem acerca dos algoritmos de intervenção e do folheto informativo previamente elaborados destinados a adolescentes com AN (**APÊNDICE XVIII**).

Tal como no ENP I e II, o papel do EEESMP em contexto de unidades especializadas tem também como objetivo primordial identificar focos e diagnósticos de Enfermagem na área da Saúde Mental e Pedopsiquiatria, delinear o plano de cuidados em articulação com o adolescente e

implementar intervenções psicoterapêuticas individualizadas ou em grupo, que permitam a sua recuperação e obtenção do seu funcionamento máximo a nível da saúde mental e bem-estar mental. A intervenção do EEESMP, enquanto terapeuta de referência, assenta-se na Teoria das Transições ao auxiliar e acompanhar o processo de transição saúde/doença dos adolescentes e na Teoria das Relações Interpessoais ao estabelecer e promover uma relação terapêutica com os mesmos.

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

O conceito de competência é bastante amplo, podendo assumir várias definições conforme os autores. Segundo Oliveira e Queirós (Oliveira, Queirós, & Castro, 2015), a competência em enfermagem é definida “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança.”. Por outro lado, Benner (1984), citada por Oliveira e Queirós (Oliveira et al., 2015), define a “competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”. Em acréscimo, é importante salientar que a competência pode ser um conceito multidimensional, na medida que pode ser decomposta em várias componentes, domínios ou habilidades, conforme se verifica nos regulamentos de competências elaborados pela OE, quer para o enfermeiro de cuidados gerais ou enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista é aquele a quem foi reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem. Para além disso, os enfermeiros especialistas das várias áreas partilham um leque de competências comuns que podem e devem ser aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, que envolvem variadas dimensões, tais como: educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, bem como a inclusão da responsabilidade de conduzir investigação pertinente para a área, permitindo desta forma melhorias contínuas na prática de enfermagem (OE, 2019).

4.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Nos subcapítulos seguintes, serão abordadas as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Assim sendo, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), estas encontram-se divididas em quatro domínios:

- A. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B. Melhoria Contínua da Qualidade;
- C. Gestão dos Cuidados;
- D. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências subdividem-se em:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Assim, no decorrer dos três estágios, demonstrei uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; construindo sempre o plano de cuidados individualizado em parceria com o cliente, com base no conhecimento científico e experiência adquirida ao longo dos estágios profissionais.

Pude selecionar as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções; tendo surgido a necessidade emergente de referenciação para apoio social em diversos clientes com os quais contactei no contexto comunitário, face a carências em necessidades humanas básicas dos mesmos. Esta referenciação parte de uma tomada de decisão em equipa multidisciplinar e de uma consciência interna enquanto profissional acerca da priorização de necessidades humanas básicas do cliente perante o seu plano de cuidados.

Ao longo da prática profissional, mantive em consideração a questão ética e legal, durante os cuidados de Enfermagem prestados aos clientes; procurando sempre refletir acerca dos processos de tomada de decisão dos mesmos e o respetivo planeamento de cuidados, bem como reconhecer a minha competência e limites da mesma enquanto futura EEESMP.

Em acréscimo, durante a implementação de intervenções psicoterapêuticas, procurei sempre dotar os clientes do conhecimento e capacidade necessários para a sua tomada de decisão consciente e orientada acerca do regime terapêutico proposto, partindo do pressuposto do consentimento informado e da sua importância, enquanto escolha da pessoa (OE, 2015).

Além da importância do consentimento informado dos clientes para que possam efetuar uma tomada de decisão consciente e orientada acerca do seu regime terapêutico, procurei também estabelecer, na fase inicial da implementação de qualquer intervenção psicoterapêutica bem como do programa interventivo de *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*, uma aliança terapêutica. Assim, a aliança terapêutica, de acordo com a literatura, é o primeiro passo para o desenvolvimento de um contrato terapêutico com o cliente. Segundo Sledge et al. (1990), citado

por Sampaio et al. (2023)“o contrato terapêutico é um acordo estabelecido entre o enfermeiro e o utente relativamente ao tipo de intervenção ou relação que eles pretendam concretizar”. Este contrato terapêutico foi estabelecido entre mim, enquanto futura EEESMP e os clientes com quem estabeleci uma relação terapêutica, de forma verbal; uma vez que não possui obrigatoriedade de ser um contrato escrito e pode ser ajustado ao longo das sessões.

Por último, mantive sempre a preocupação em garantir práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos dos clientes e as minhas responsabilidades profissionais tanto a nível ético como deontológico; procurando sensibilizar e reduzir o estigma na área da Saúde Mental; bem como respeitar os direitos dos clientes face à sua privacidade, confidencialidade e proteção, nomeadamente no respeito ao Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e também durante as visitas domiciliárias que ocorreram em contexto comunitário bem como no registo de informação clínica.

4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências subdividem-se em:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Assim, no decorrer dos três estágios, em especial no ENP II inserido no CRI de Saúde Mental, tive a oportunidade de colaborar na conceção e operacionalização de um projeto institucional na área da qualidade, através da implementação do programa de *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta* que elaborei enquanto projeto e trabalho de investigação, explanado na Parte II do presente relatório. A implementação deste programa, conforme referido anteriormente noutros capítulos, permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados e face a uma necessidade emergente tanto a nível formativo dos profissionais da instituição como também dos clientes em si enquanto necessidade em saúde.

Ou seja, participei num projeto institucional na área da qualidade que se encontra em fase de aprovação a nível organizacional.

Aliado à implementação do programa enquanto projeto institucional, efetuei também uma sessão de formação contínua direcionada aos EEESMP na prevenção do suicídio na pessoa adulta, com foco no programa em questão bem como na identificação e pertinência das intervenções autónomas do EEESMP na prevenção do suicídio.

No ENP III, inserido numa Unidade Especializada, tive também a oportunidade de planear e desenvolver dois algoritmos de atuação na área da ESMP, direcionados a adolescentes com AN, que visam a sua preparação para a alta clínica e, conseqüentemente, o follow-up após alta clínica; para que possam, futuramente, integrar um programa de prevenção de recidivas de internamento em adolescentes com AN.

A elaboração destes algoritmos revelou-se uma necessidade emergente no serviço em questão, sendo facilmente acolhida pela equipa de Enfermagem, tendo ocorrido, neste contexto, uma sessão de formação contínua direcionada aos EESMP acerca dos algoritmos elaborados bem como a importância do seu papel na prevenção de recidivas de internamento em adolescentes com AN.

Os algoritmos elaborados e o folheto informativo para auxiliar nas sessões de intervenção psicoterapêutica serão alvo de aprovação a nível organizacional na área da qualidade na instituição em questão.

No que concerne à minha atuação face aos programas de melhoria contínua, confesso que se revela uma lacuna face a uma limitação temporal adjacente ao tempo de estágio profissional definido; o que não permite um acompanhamento próximo dos projetos institucionais em aprovação, para que, posteriormente, se pudesse efetuar um programa de melhoria contínua nesse quesito. Nomeadamente, através da avaliação da qualidade das práticas clínicas, da identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de soluções adequadas e eficazes.

Por último, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, prezei sempre pela garantia de um ambiente seguro e terapêutico na prática dos cuidados de enfermagem exercidos, tanto a nível individual como em grupo.

4.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão de cuidados, as competências subdividem-se em:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Assim, no decorrer dos três estágios, tive a oportunidade de colaborar nas decisões das equipas multidisciplinares de saúde e reconhecer a necessidade de solicitar colaboração ou referenciação para outros profissionais de saúde, face às necessidades dos clientes e aos planos de cuidados delineados.

Pude também desenvolver um algoritmo de referenciação, no contexto da criação de guias orientadores, na temática da prevenção do suicídio na pessoa adulta, com o objetivo de dar resposta ao programa interventivo de prevenção do suicídio na pessoa adulta. Este algoritmo de referenciação foi proposto ao CRI de Saúde Mental, onde decorreu o ENP II, o qual será implementado após deliberação e aprovação por parte da instituição em questão. O presente algoritmo irá garantir a segurança e a qualidade de cuidados direcionados à pessoa adulta com risco de suicídio, estruturando a tomada de decisão e a prática de cuidados a ser implementada bem como a referenciação do cliente para o programa de *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*.

No contexto do ENP III, tive também a oportunidade de desenvolver dois algoritmos de atuação na área da ESMP, através da criação de guias orientadores, na temática dos adolescentes com AN, com foco na sua preparação para a alta clínica e, posteriormente, o seu follow-up. Ambos os algoritmos foram propostos ao Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, os quais serão implementados após deliberação e aprovação por parte da instituição em questão. Os presentes algoritmos visam garantir a segurança e a qualidade de cuidados direcionados aos adolescentes com AN, estruturando a tomada de decisão e a prática de cuidados a ser implementada, durante o internamento e em contexto pós-alta, permitindo melhorar o bem-estar dos adolescentes e diminuir as recaídas com necessidade de internamentos bem como complicações decorrentes da patologia em questão, tais como, o risco aumentado de suicídio e o diagnóstico de doenças do foro orgânico.

Em acréscimo, desenvolvi competências de trabalho em equipa, otimizando-o em prol das necessidades dos clientes e face aos recursos disponíveis, havendo, portanto, uma gestão adequada e eficiente dos recursos. Apliquei, de igual forma, a legislação, políticas e procedimentos, quer a nível nacional e institucional, nos variados contextos de estágio.

Por último, pude aprimorar a minha capacidade de adaptar-me face ao estilo de liderança, local de trabalho e clima organizacional; reconhecendo os distintos papéis e funções de todos os membros das equipas multidisciplinares bem como o meu próprio papel e função a nível individual.

4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências subdividem-se em:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica em evidência científica (OE, 2019).

Assim, no decorrer do MESMP, senti que desenvolvi uma maior consciência de mim própria enquanto pessoa e futura enfermeira especialista, revelando capacidade de autoconhecimento no decurso dos três estágios. O desenvolvimento do autoconhecimento permitiu-me perceber que, durante a prática de enfermagem, possuo a capacidade de interferir nas relações terapêuticas e multidisciplinares; o que resulta em impactos no contexto singular, profissional e organizacional.

O desenvolvimento do autoconhecimento enquanto pessoa singular foi um caminho, por vezes, repleto de dúvidas internas. No entanto, foi-me possível ultrapassá-las através de resiliência e de melhor entendimento da área da Saúde Mental, por via das experiências concretas dos estágios. Este autoconhecimento propiciou a identificação de fatores que pudessem interferir nas relações terapêuticas e multidisciplinares, permitiu-me reconhecer recursos e limites tanto a nível pessoal como profissional bem como possibilitou uma maior consciencialização do meu papel enquanto terapeuta e enfermeira na relação profissional estabelecida.

O autoconhecimento possibilitou o desenvolvimento de técnicas de assertividade a nível pessoal e profissional, que se revelaram importantes no estabelecimento de relações terapêuticas com os clientes bem como nas relações multidisciplinares e organizacionais no decurso dos estágios. Por sua vez, permitiu-me criar um leque de respostas adaptativas a nível pessoal e organizacional; o que se traduziu em maior congruência e capacidade percetiva na prática de cuidados de enfermagem, na gestão de emoções e sentimentos face a situações vivenciadas que necessitavam de uma resposta eficiente e adequada, na atuação sob pressão aliada à capacidade de resiliência, bem como na resolução de possíveis conflitos e impasses terapêuticos que pudessem advir nas relações terapêuticas.

Para além disso, posso afirmar que, durante a prática de cuidados de enfermagem, nomeadamente nos processos de tomada de decisão e a nível interventivo, alicercei esta prática em evidência científica atual e pertinente nos diversos contextos clínicos.

Pude também atuar como formadora em contexto de estágio profissional, nomeadamente, no ENP II e III; sendo que esta atuação surgiu de uma necessidade emergente na temática da prevenção do suicídio na pessoa adulta e na prevenção de recidivas de internamento no adolescente com AN. Assim, diagnostiquei necessidades formativas em contexto de estágio e geri um programa de *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*, alvo de estudo no meu projeto de relatório final explanado na Parte II, bem como a gestão de algoritmos de atuação na prevenção de recidivas de internamento no adolescente com AN.

Desta forma, foi-me possível favorecer a aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito do conhecimento aos enfermeiros a quem realizei a sessão de formação contínua na temática da prevenção do suicídio; assente no programa anteriormente referido bem como na pertinência das intervenções autónomas do EEESMP na prevenção do suicídio. Em acréscimo, a sessão de formação contínua efetuada aos enfermeiros em contexto de prevenção de recidivas de internamento dos adolescentes com AN, fomentou a minha aprendizagem e desenvolvimento de igual forma.

A prática clínica desenvolvida ao longo dos três estágios foi suportada em evidência científica, na medida em que o desenvolvimento do programa de prevenção do suicídio e os materiais formativos e informativos aí integrados, resultaram de uma RIL em contexto de trabalho de investigação. Para além disso, todos os algoritmos realizados, materiais formativos e informativos assentes noutras temáticas para além da prevenção do suicídio, a implementação de intervenções psicoterapêuticas e a minha prática de cuidados de enfermagem alicerçaram-se na evidência científica mais recente e pertinente, com o objetivo primordial de obter ganhos em saúde para os clientes.

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

O enfermeiro especialista, além de possuir competências comuns, possui também competências específicas e especializadas numa área de contexto de saúde em concreto, como é o caso do EEESMP.

O EEESMP possui como objetivo primordial auxiliar o cliente na manutenção, melhoria e recuperação da sua saúde, possibilitando atingir o máximo da sua capacidade funcional o mais rápido possível. No que concerne aos cuidados de enfermagem especializados, o cliente que se encontra a vivenciar processos de doença mental obtém maiores ganhos em saúde se for acompanhado e intervencionado por um EEESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que as perturbações mentais originam.

Assim, a ESMP apresenta como foco principal a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção nas respostas desajustadas ou desadaptadas do cliente face a alterações do seu estado mental e psíquico.

Na prática dos cuidados de enfermagem, o EEESMP possui competências no âmbito psicoterapêutico que permitem desenvolver um juízo clínico singular, mobilizando os seus conhecimentos e capacidades em diversas áreas, como a intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional. Para além disso, o próprio profissional de enfermagem é também considerado um instrumento terapêutico.

Esta especificidade da prática clínica de enfermagem possibilita o estabelecimento de relações terapêuticas com o cliente e os seus pares bem como potenciar o aumento do seu *insight* face aos problemas na área da saúde mental e psiquiatria.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as competências específicas que este possui são as seguintes:

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. 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;
4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2018).

5.1. Cuidar da pessoa em internamento de agudos

No decorrer do ENP I, que se desenvolveu num Serviço de Psiquiatria de Internamento de Agudos, tive a oportunidade de desenvolver competências específicas e especializadas na área da ESMP.

A competência F1.1. “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2018) foi desenvolvida na íntegra durante o estágio realizado, na medida em que identifiquei a presença de emoções, sentimentos e outros fatores pessoais e/ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. Para além disso, consegui gerir impasses terapêuticos como, por exemplo, a transferência e a contratransferência no estabelecimento e desenvolvimento de relações terapêuticas; mantendo sempre o contexto e limites da relação profissional, com vista na preservação da integridade do processo terapêutico; havendo uma consciencialização da minha parte no que concerne a reações corporais, emocionais e respostas comportamentais ao longo do processo terapêutico, por forma a melhorar a relação terapêutica estabelecida com o cliente.

A transferência e a contratransferência são, portanto, considerados impasses terapêuticos, conforme referido acima; dado que se referem aos “sentimentos, atitudes, fantasias e/ou defesas face a uma pessoa” (Sampaio et al., 2023), que não são adequados perante uma relação terapêutica. Assim, a transferência surge quando o cliente manifesta sentimentos e atitudes inadequadas perante o enfermeiro; sendo que este deve gerir o processo de transferência e trabalhá-lo no contexto da intervenção psicoterapêutica. Por outro lado, a contratransferência é utilizada para designar a influência do cliente no enfermeiro perante as suas respostas cognitivo-afetivas (Sampaio et al., 2023).

Para além das ações desenvolvidas com foco na tomada de consciência durante a relação terapêutica, consegui executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de vários clientes no seio de um grupo; avaliando a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos e comunidade bem como nos diversos sistemas. A avaliação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental bem como fatores de risco ou predisponentes de perturbação mental foram também tidos em conta durante o decurso do estágio, dado que procurei executar sempre uma avaliação global do cliente, tendo em conta o seu desenvolvimento, as suas capacidades internas e recursos externos com o objetivo de promover a manutenção e recuperação da saúde mental. Estas avaliações foram efetuadas em contexto de implementação de planeamentos de cuidados e intervenções psicoterapêuticas, tendo como foco e diagnóstico de Enfermagem o *Humor depressivo*, a *Ansiedade presente*, o *Risco de suicídio* e a *Cognição comprometida*.

Em acréscimo, executei também a avaliação do impacto que os problemas de saúde mental possuem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, mais concretamente no seu funcionamento máximo.

Estas ações foram desenvolvidas através de intervenções direcionadas à pessoa e sua família, grupos de referência e considerando o momento do ciclo vital, mais concretamente durante a elaboração do estudo de caso clínico proposto no estágio profissional.

Tive também a oportunidade de coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental bem como prevenção da perturbação mental, nomeadamente em indivíduos e grupos específicos, com foco na promoção do *empowerment*, na saúde mental e na prevenção ou redução de riscos em perturbações mentais, através da implementação do programa interventivo na prevenção do suicídio (**Apêndice VIII, IX e X**). Ainda relacionado com o desenvolvimento de programas e/ou projetos, implementei um planeamento de cuidados a uma cliente e respetivo cuidador, no âmbito da saúde mental em pessoa com demência; nomeadamente, a psicoeducação direcionada a familiares de pessoas com cognição comprometida (**Apêndice II e III**).

Assim sendo, consegui desenvolver as competências propostas, nomeadamente F2.1. “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (OE, 2018); F2.2. “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2018) e, por fim, F2.3. “Coordena, implementa e

desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (OE, 2018). No entanto, é importante salientar que em relação à competência F2.3., sinto que não a desenvolvi na sua totalidade, apesar de ter implementado programas de promoção e prevenção em saúde mental; uma vez que o contexto do estágio não propiciou as condições para o efeito, possuindo limitações no desenvolvimento de ações direcionadas à comunidade, locais de trabalho, escolas e outros sistemas.

No que concerne à competência específica 3, o auxílio à pessoa ao longo do seu ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade, com foco na recuperação da saúde mental, procurei estabelecer, ao longo do estágio profissional, o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família e grupo, através da elaboração do estudo de caso clínico bem como na implementação de intervenções psicoterapêuticas individuais ou em grupo, permitindo desenvolver consequentemente a competência F3.1. “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (OE, 2018).

O estudo de caso clínico (**Apêndice I**) incidiu numa cliente do sexo feminino com Perturbação Bipolar, onde foram implementados um planeamento de cuidados com base no foco e diagnóstico de Enfermagem *Humor depressivo e Ansiedade presente*, tendo resultado também na implementação de intervenções psicoterapêuticas, como, por exemplo, a relação de ajuda formal (**Apêndice VII**), a reestruturação cognitiva (**Apêndice VI**) e a técnica de relaxamento muscular modificado (**Apêndice V**). Em acréscimo, a intervenções psicoterapêutica implementada em grupo consistiu na execução da técnica de relaxamento muscular modificado (**Apêndice V**).

Na elaboração do estudo de caso clínico e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, foi tido em conta um plano de cuidados individualizado que mobilizasse indicadores sensíveis em saúde mental, que permitissem mensurar ganhos em saúde mental, o que me possibilitou o desenvolvimento da competência F3.2. “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (OE, 2018).

Paralelamente, o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados individualizados em saúde mental à cliente, baseou-se no Processo de Enfermagem, com foco em diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados, segundo a linguagem CIPE; permitindo o desenvolvimento da competência F3.4. “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE,

2018), através de ações desenvolvidas como o estudo de caso clínico e as intervenções psicoterapêuticas implementadas.

A competência F3.5. “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018) foi desenvolvida através da elaboração de um estudo de caso clínico, onde pude desempenhar funções de terapeuta de referência e elaborar um plano individualizado de tratamento e reabilitação da pessoa com perturbação mental, coordenando a sua transição entre cenários de cuidados de saúde mental. Surgiu também a oportunidade de colaborar com a Autoridade de Saúde tal como prevê a Lei de Saúde Mental, nomeadamente, no internamento compulsivo / involuntário bem como na vigilância da toma de medicamentos durante o internamento.

O internamento compulsivo (IC) é uma intervenção adotada em situações muito específicas, sendo que o cliente deve cumprir determinados critérios como: “1) a existência de doença mental grave; 2) razoável expectativa de tratamento eficaz; 3) recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária; 4) falta de capacidade para dar consentimento informado e, por fim 5) perigo de dano para outros ou a si mesmo, em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica” (Silva, 2020, p.41).

Assim, pode-se dizer que o IC tem dois objetivos primordiais, nomeadamente, a proteção do cliente através de uma intervenção terapêutica coordenada e ajustada ao mesmo bem como a proteção social, diminuindo os riscos de perigo e dano para os outros que convivem com o próprio em sociedade (Silva, 2020).

No que concerne à competência F3.3. “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018), pude desenvolver e implementar um programa interventivo com foco na prevenção do suicídio em clientes no seio de um grupo específico, neste caso, na população adulta. O programa foi aplicado de forma individual e não em grupo, devido às características e limitações do contexto onde o estágio foi realizado, o que não permitiu o acesso a grupos e à comunidade.

Por fim, a competência 4 foi desenvolvida e atingida na íntegra, uma vez que tive a oportunidade de desenvolver e implementar programas de psicoeducação, através da intervenção psicoterapêutica – psicoeducação, direcionada a familiares de pessoas com cognição comprometida, nomeadamente, pessoas com demência, dando resposta à competência F4.1. “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”

(OE, 2018). Desenvolvi e implementei de igual forma intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo, com foco no processo de transição saúde/doença bem como na promoção da reabilitação psicossocial, com o objetivo primordial de promover o funcionamento máximo do cliente nos variados contextos da sua vida e ao longo do seu ciclo vital, através do desenvolvimento de competências individuais; o que me permitiu desenvolver as competências F4.2. “Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (OE, 2018) e F4.3. “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (OE, 2018).

5.2. Cuidar da pessoa na comunidade

No decurso do ENP II, desenvolvido no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Saúde Mental, tive a oportunidade de aprofundar e consolidar competências específicas e especializadas no domínio da ESMP.

A competência F1.1. “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2018) foi plenamente desenvolvida ao longo deste estágio, através do desenvolvimento da capacidade de reconhecer emoções, sentimentos e fatores pessoais e/ou circunstanciais suscetíveis de influenciar a relação terapêutica com o cliente, a família e a equipa multidisciplinar. Paralelamente, foi possível gerir adequadamente os impasses terapêuticos, nomeadamente a transferência e a contratransferência, assegurando a manutenção dos limites profissionais e a integridade do processo e relação terapêutica. Desenvolvi e aprimorei também a consciencialização das minhas reações corporais, emocionais e comportamentais, que se revelou essencial para potenciar a relação terapêutica estabelecida com o cliente e respetiva família.

Para além das ações direcionadas à autorreflexão e à tomada de consciência durante a relação terapêutica, realizei uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental do cliente e da família, considerando as interações entre indivíduo, família, grupos, comunidade e os diferentes sistemas sociais. Esta avaliação contemplou os fatores promotores e protetores de bem-estar e saúde mental, bem como fatores de risco ou predisponentes de perturbação

mental, tendo como base uma abordagem holística e abrangente do cliente, das suas capacidades internas e dos recursos externos disponíveis, com o intuito de promover a manutenção e recuperação da saúde mental.

Adicionalmente, procedi à avaliação do impacto dos problemas de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar do cliente e da família, analisando a sua repercussão no funcionamento individual e familiar. Compreendi, assim, que a problemática da saúde mental afeta não apenas o cliente, mas também o seu núcleo familiar, surgindo a necessidade de envolver a família no processo de transição saúde/doença e no estabelecimento do processo e relação terapêutica.

As intervenções desenvolvidas tiveram como foco a assistência à pessoa, família e grupos adequados à fase do seu ciclo vital, com ênfase na implementação de intervenções psicoterapêuticas orientadas para focos e diagnósticos de enfermagem como o *Humor depressivo*, a *Ansiedade presente* e o *Risco de Suicídio* bem como na aplicação do programa de prevenção do suicídio na pessoa adulta em contexto comunitário.

Durante o estágio, tive igualmente a oportunidade de coordenar, implementar e desenvolver um projeto de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental, direcionados a indivíduos inseridos no seio de um grupo específico. Estas ações privilegiaram o *empowerment*, a promoção da saúde mental e a redução de riscos associados às perturbações mentais, nomeadamente através da implementação do programa interventivo de prevenção do suicídio (**Apêndice VIII, IX e X**). Paralelamente, elaborei planos de cuidados em saúde mental para clientes, cuidadores e respetivas famílias, destacando-se a psicoeducação dirigida a familiares de pessoas com cognição comprometida (nomeadamente indivíduos com demência) (**Apêndice II e III**) e a um cliente com consumo de álcool, com intervenções do foro psicoeducativo (**Apêndice XI**).

Deste modo, considero ter desenvolvido as competências F2.1., F2.2. e F2.3. (OE, 2018), respetivamente:

- F2.1. “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”;

- F2.2. “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e da família”;
- F2.3. “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

Em comparação com o estágio profissional anterior, verifico um desenvolvimento mais aprofundado da competência F2.3., resultado da colaboração em programas institucionais de promoção e prevenção em saúde mental e da implementação do programa de prevenção do suicídio em contexto comunitário, cuja futura execução foi aprovada para deliberação pelo Conselho de Administração da instituição em questão.

No âmbito da competência específica 3 “Auxílio à pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade, com foco na recuperação da saúde mental”, realizei diagnósticos de saúde mental em parceria com o cliente e respetiva família, elaborando planos de cuidados individualizados que me permitiram desenvolver a competência F3.1. “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (OE, 2018). O contexto comunitário revelou-se particularmente favorável à aproximação à família e à implementação de intervenções holísticas e sistémicas, promovendo ganhos em saúde individual e familiar.

As intervenções psicoterapêuticas e os programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental foram orientados pelo PIC, integrando indicadores sensíveis em saúde mental que permitiram mensurar ganhos decorrentes das ações implementadas, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência F3.2. “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (OE, 2018).

A elaboração e implementação dos planos de cuidados fundamentaram-se no Processo de Enfermagem e na linguagem CIPE, demonstrando coerência entre diagnósticos, resultados esperados e intervenções, o que possibilitou o desenvolvimento da competência F3.4. “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2018).

A competência F3.5. “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos

recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018) foi concretizada através da articulação contínua com o cliente e a família na definição dos planos de cuidados, sob orientação da Enfermeira Monitora. Neste âmbito, desempenhei funções de terapeuta de referência, elaborando planos de tratamento e reabilitação individualizados que se traduziram em ganhos em saúde ao nível individual, familiar e comunitário. Também colaborei com a Autoridade de Saúde em situações abrangidas pela Lei de Saúde Mental, nomeadamente na referenciação para internamento compulsivo de um cliente em episódio maníaco e sem rede de apoio disponível.

No que respeita à competência F3.3. “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018), desenvolvi e implementei um programa interventivo de prevenção do suicídio dirigido à população adulta. Embora aplicado individualmente, o envolvimento familiar previsto numa das sessões reforçou o carácter comunitário da intervenção, permitindo ganhos em saúde para indivíduos no seio de um grupo específico com necessidades emergentes nesta área.

Por fim, as competências da dimensão 4 foram plenamente atingidas. Desenvolvi e implementei programas de psicoeducação destinados a familiares de pessoas com défice cognitivo e a um cliente com consumo de álcool e respetiva família, dando resposta à competência F4.1. “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (OE, 2018). Em articulação com a Enfermeira Monitora, realizei intervenções psicoterapêuticas individuais focadas no processo de transição saúde/doença e na reabilitação psicossocial, visando a promoção do funcionamento máximo do cliente nos diversos contextos da vida e ao longo do seu ciclo vital. Tais práticas, contribuíram para o desenvolvimento das competências F4.2. e F4.3. (OE, 2018):

- F4.2. “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”;
- F4.3. “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais e da introdução de mudanças ambientais.”.

Importa salientar que, tendo em conta as especificidades do contexto comunitário, a Enfermeira Monitora detinha uma relação terapêutica previamente consolidada com vários clientes e respetivas famílias. Assim, procurei respeitar os limites inerentes ao meu papel enquanto estudante e futura Enfermeira Especialista, intervindo de forma colaborativa e não intrusiva, em estreita articulação com a Enfermeira Monitora e os clientes. Desta forma, assegurou-se a continuidade terapêutica e a integridade das relações já estabelecidas, garantindo simultaneamente a aquisição de competências essenciais à prática clínica em saúde mental.

5.3. Cuidar da pessoa em contextos especializados

Durante o ENP III, realizado no Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, tive igualmente a oportunidade de desenvolver competências específicas e especializadas no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

A competência F1.1. “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2018) foi desenvolvida na íntegra ao longo do estágio. Neste contexto, identifiquei e reconheci emoções, sentimentos e outros fatores pessoais e/ou circunstanciais suscetíveis de interferir na relação terapêutica estabelecida com os adolescentes, as respetivas famílias e a equipa multidisciplinar. Paralelamente, consegui gerir impasses terapêuticos, nomeadamente a transferência e a contratransferência, comuns nesta área especializada. Enquanto estudante de EEESMP, por vezes fui percecionada como figura materna e/ou fraterna pelos adolescentes internados, o que exigiu de mim uma gestão consciente dos limites profissionais, assegurando a preservação da integridade do processo e relação terapêutica. Mantive, assim, uma reflexão constante sobre as minhas reações corporais, emocionais e comportamentais, com o intuito de fortalecer a relação terapêutica e maximizá-la.

Para além da consciência emocional no contexto relacional, executei uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental dos adolescentes, tendo em conta o adolescente, a família, os grupos e a sua comunidade, incluindo o meio escolar. Esta avaliação integrou a análise de fatores promotores e protetores da saúde mental, bem como de fatores de risco ou predisponentes de doença mental, permitindo-me realizar uma avaliação global do adolescente e contexto em que este se inseria. O objetivo primordial foi promover a manutenção e

recuperação da saúde mental, potenciando as capacidades internas e os recursos externos disponíveis do adolescente.

Realizei igualmente a avaliação do impacto dos problemas de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar do adolescente e respetiva família, denotando o modo como influenciam o funcionamento individual, familiar e escolar. Constatei também que as doenças mentais afetam não apenas o adolescente, mas também a sua família, dinâmica e as vivências familiares. Teria sido enriquecedor envolver mais diretamente a família no processo de transição saúde/doença e no estabelecimento da relação terapêutica; contudo, as especificidades e normas institucionais do serviço não o permitiram.

As intervenções desenvolvidas ao longo do estágio centraram-se na assistência ao adolescente, com destaque para a implementação de intervenções psicoterapêuticas direcionadas à resposta ao foco e diagnósticos de enfermagem *Comportamento Alimentar comprometido* e à prevenção de recaídas ou reinternamentos em adolescentes com Anorexia Nervosa (AN). Tive ainda oportunidade de coordenar e participar em projetos de promoção e proteção da saúde mental, bem como de prevenção de perturbações mentais em adolescentes e grupos específicos, com foco na promoção do *empowerment* e na prevenção de riscos associados a este diagnóstico (**Apêndice XV, XVI, XVII e XVIII**). Destaco, ainda neste âmbito, a elaboração de algoritmos de atuação em adolescentes com AN e a valorização do papel do EEESMP nesta área.

Deste modo, considero que desenvolvi as competências F2.1. “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”; F2.2. “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”; e F2.3. “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (OE, 2018). A competência F2.3. foi concretizada com sucesso, uma vez que colaborei na elaboração e desenvolvimento dos algoritmos de atuação referidos, que se encontram em fase de deliberação e aprovação pelo Conselho de Administração da instituição, para futura implementação.

Relativamente à competência específica 3 – “o auxílio à pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade, com foco na recuperação da saúde mental” - procurei, ao

longo do estágio, estabelecer o diagnóstico de saúde mental dos adolescentes, elaborando planos de cuidados em articulação com os mesmos e implementando intervenções psicoterapêuticas, que visassem dar resposta ao foco e diagnóstico de enfermagem *Baixa Autoestima* (**Apêndice XIII**). No entanto, as características e normas institucionais do serviço não permitiram desenvolver plenamente a competência F3.1. “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (OE, 2018), uma vez que não foi possível aprofundar a relação com as famílias dos adolescentes acompanhados, limitando a implementação de intervenções com foco em ganhos em saúde a nível familiar.

Na colaboração e implementação de programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, bem como de intervenções psicoterapêuticas, assegurei a elaboração de planos de cuidados individualizados baseados em indicadores sensíveis em saúde mental, possibilitando mensurar ganhos em saúde, correspondendo ao desenvolvimento da competência F3.2. “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (OE, 2018).

De igual forma, a elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados baseados no Processo de Enfermagem, com diagnósticos e resultados esperados segundo a linguagem CIPE, permitiu-me consolidar a competência F3.4. “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2018).

A competência F3.5. “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018) não foi desenvolvida na totalidade, devido às especificidades do serviço. No entanto, sob orientação da Enfermeira Monitora, desempenhei funções de terapeuta de referência e elaborei um plano individualizado com intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente o jogo de cartas terapêutico (**Apêndice XVIII**) e a técnica de imaginação guiada (**Apêndice IV**), com o objetivo primordial de recuperação do adolescente com doença mental, promovendo ganhos em saúde individual, refletidos na melhoria das interações sociais e comunitárias.

No âmbito da competência F3.3. “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018), elaborei dois algoritmos de atuação

orientados para a prevenção de recidivas de internamento por AN em adolescentes. O planeamento de cuidados proposto baseia-se em intervenções individuais e familiares, prevendo o envolvimento da família nas sessões. Estes algoritmos permitirão, após a sua implementação, promover ganhos em saúde em adolescentes inseridos num seio de um grupo específico e em comunidades com necessidades emergentes nesta área.

Por fim, a competência 4 foi integralmente desenvolvida, uma vez que tive a oportunidade de conceber e aplicar um programa de psicoeducação direcionado a adolescentes com AN, promovendo o autoconceito, a autoestima e a gestão emocional, o que se traduz no desenvolvimento da competência F4.1. “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (OE, 2018). Em articulação com a Enfermeira Monitora, implementei também intervenções psicoterapêuticas em grupo (**Apêndice IV**), centradas na transição saúde/doença e na recuperação psicossocial, tendo como base o foco e diagnóstico de enfermagem *Ansiedade presente e Humor comprometido*, promovendo o funcionamento máximo dos adolescentes nos diversos contextos da sua vida. Estas intervenções permitiram o desenvolvimento das competências F4.2. “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” e F4.3. “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais e da introdução de mudanças ambientais” (OE, 2018).

Importa também salientar que, face às especificidades do contexto institucional, o estabelecimento de uma relação terapêutica com o adolescente e respetiva família revelou-se desafiante, na medida que não possuíamos contacto com a família e/ou pessoa significativa do adolescente, por questões e normas institucionais. Assim, procurei respeitar os limites do meu papel enquanto estudante, evitando interferir de forma excessiva no contexto familiar. Por esta razão, as intervenções psicoterapêuticas foram realizadas em colaboração com a colega estagiária e as Enfermeiras Monitoras, de modo a assegurar a coerência e a segurança do processo terapêutico e formativo.

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

A componente clínica apresenta-se como um pilar fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional do EEESMP, ao proporcionar a consolidação de conhecimentos teórico-práticos e o desenvolvimento progressivo e constante de competências comuns e específicas inerentes à respetiva categoria de enfermagem. Penso que a prática clínica, como parte integrante deste ciclo de estudos, permite ao enfermeiro aprofundar capacidades técnicas, éticas e científicas, fundamentais para uma prática clínica especializada e de excelência.

Para além do desenvolvimento e crescimento profissional, considero que esta componente alavanca e fomenta também o desenvolvimento pessoal, nomeadamente no domínio das competências relacionais e do autoconhecimento enquanto indivíduo singular, essenciais para a construção de uma prática clínica mais reflexiva, empática e centrada na pessoa.

Durante o ENP I, deparei-me com a questão do estigma associado ao tipo e motivo de internamento no contexto da área da saúde mental e psiquiatria, o qual não havia refletido anteriormente à frequência do estágio. Tive, portanto, a oportunidade de refletir acerca desta questão e das nuances que abrange, principalmente para os clientes que são submetidos a internamento; dado que quando regressam ao trabalho e à sua vida em sociedade, podem necessitar comunicar o motivo do seu internamento, relacionado, na maioria dos casos, com a ausência ao trabalho por esse mesmo motivo. Pude constatar, ainda neste quesito, um auto-preconceito por parte dos clientes face ao seu internamento, ao seu diagnóstico e alterações do foro psiquiátrico; tendo que, eu própria, efetuar uma reflexão a nível pessoal para que os pudesse auxiliar também nessa questão.

Seguidamente, no ENP II, deparei-me novamente com a problemática do estigma e do auto-preconceito; sendo que a maioria dos clientes que eram referenciados para a consulta de Enfermagem em contexto comunitário possuíam internamentos prévios na área da saúde mental e psiquiatria. O facto de manterem acompanhamento na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental era considerado um estigma para eles próprios bem como para as respetivas famílias; sendo, por vezes um “segredo” a sua frequência e acompanhamento nas consultas de Enfermagem.

No que concerne ao ENP III, dado tratar-se de uma Unidade Especializada para adolescentes, o confronto com essa realidade e a presença de alterações do foro psiquiátrico nesta faixa etária, mereceu uma certa atenção, reflexão e cuidado da minha parte; não só no estabelecimento da relação terapêutica com os adolescentes, mas também com a conexão entre o meu

autoconhecimento, autoconsciência e gestão das minhas emoções e sentimentos, por forma a evitar impasses terapêuticos.

Considero, portanto, que esta componente contribuiu significativamente para o desenvolvimento da minha capacidade de estabelecer relações terapêuticas com os clientes e respetivas famílias; bem como para a melhoria da comunicação e integração nas diversas equipas multidisciplinares, as quais tive a oportunidade de integrar ao longo dos estágios. Além disso, posso afirmar que denotei um crescimento e desenvolvimento significativo a nível pessoal, que considero ter sido contínuo ao longo dos estágios.

Por fim, tive também a oportunidade de implementar cuidados de enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), sustentados na prática baseada na evidência, planear e implementar intervenções psicoterapêuticas e desenvolver uma abordagem terapêutica especializada. Na minha singela opinião, considero que estas experiências foram determinantes para o desenvolvimento e consolidação das competências que definem o perfil do EEESMP, promovendo uma prática ética, humanizada e cientificamente fundamentada.

PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

A PARTE II do presente relatório encontra-se dividida em três capítulos e tem como objetivo a apresentação da RIL elaborada no percurso percorrido ao longo do ciclo de estudos com vista ao desenvolvimento de competências associadas ao grau de mestre no contexto da área de ESMP.

Assim sendo, o primeiro capítulo foca-se na apresentação da RIL no âmbito das intervenções autónomas do EEESMP na prevenção do suicídio na pessoa adulta.

Seguidamente, o segundo capítulo aborda a prática baseada em evidência, onde se encontra explanado o programa interventivo elaborado com base na RIL bem como as etapas subsequentes na sua implementação.

Por fim, o terceiro capítulo contextualiza o contributo do trabalho de investigação elaborado na aquisição e desenvolvimento de competências associadas ao grau de mestre.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA – *Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*

INTRODUÇÃO

O suicídio é classificado como “comportamento autodestrutivo: execução de atividades suicidas que levam à própria morte” (International Council of Nurses, 2019). Trata-se de um comportamento autodestrutivo consciente e deliberado de um indivíduo que executa atividades que levam à própria morte, direta ou indiretamente.

O comportamento autodestrutivo, mais especificamente o comportamento da esfera suicidária, envolve a ideação suicida, um plano de suicídio e uma ou várias tentativas de suicídio (Ati et al., 2020). O suicídio ou tentativa de suicídio são considerados uma emergência psiquiátrica que requerem uma intervenção imediata.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), o comportamento da esfera suicidária consiste na intenção de terminar com a própria vida de forma explícita ou deduzida através de comportamento potencialmente autolesivo com intenção de morrer como resultado do ato.

Anualmente, morrem mais de 700.000 pessoas por suicídio a nível mundial. Por cada suicídio, existem ainda mais pessoas a cometer tentativas de suicídio. O suicídio é um fenómeno global

e uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países, tendo efeitos duradouros para quem lida com pessoas que cometeram suicídio (World Health Organization, 2023).

O suicídio e as tentativas de suicídio são preveníveis através da implementação de variadas intervenções a nível populacional, sub-populacional e individual (World Health Organization, 2023).

A prevenção baseia-se numa abordagem multidisciplinar de vários setores da sociedade, incluindo o setor da área da saúde; sendo a intervenção autónoma de enfermagem na área da saúde mental e psiquiatria relevante e impactante na abordagem preventiva.

As intervenções autónomas de enfermagem definem-se como as ações que o enfermeiro realiza de forma autónoma e independente, sendo a sua iniciativa e responsabilidade exclusivas, de acordo com as qualificações profissionais, nas variadas vertentes da enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1998).

As intervenções de enfermagem têm como foco dar resposta a um diagnóstico de enfermagem que, neste contexto, seria “Risco de suicídio” (10015356), de acordo com as normas do ICN (2019). Assim sendo, o objetivo deste estudo foi investigar as intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria que previnem o suicídio na pessoa adulta.

MÉTODOS

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura acerca das intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria que previnem o suicídio na pessoa adulta.

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que consiste na construção de uma análise vasta da literatura, facilitando conclusões gerais sobre uma temática específica da área da saúde (Vilelas, 2022). O trabalho desenvolvido teve como base as orientações sequenciais de Vilelas (2022): 1º - definição do tema e da questão de partida PI[C]O (**P**articipante: pessoa adulta; **I**ntervenção: intervenções autónomas do EESMP; **O**utcomes: prevenção do suicídio); 2º - elaboração dos critérios de inclusão e exclusão; 3º - processo de seleção dos estudos encontrados; 4º - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e sua elegibilidade; 5º - avaliação dos estudos; 6º - interpretação dos resultados; 7º - elaboração e apresentação da síntese final. Assim, questiona-se: “Quais as intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na prevenção do suicídio em pessoas adultas?”.

A pesquisa decorreu entre 29 de Março e 9 de Abril de 2024, nas seguintes bases de dados: Google Académico e EBSCOhost (que integra CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e Medline), utilizando os descritores em língua inglesa e língua portuguesa respetivamente: “Psychiatric Nursing” AND “Nursing Care” AND “Suicide Prevention”; “Enfermagem Psiquiátrica” AND “Cuidados de Enfermagem” AND “Prevenção do Suicídio”.

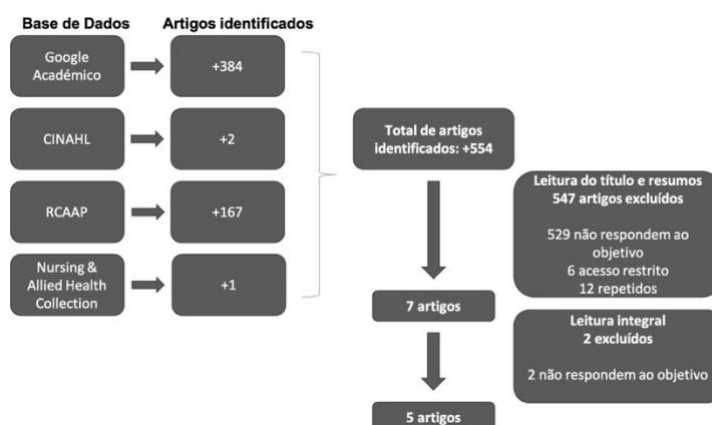
Devido a uma limitação no processo de investigação, nomeadamente, na pesquisa de literatura em bases de dados, houve necessidade de recorrer aos RCAAP, entre 24 de Abril e 29 de Abril de 2024, utilizando as seguintes palavras-chave em língua portuguesa: “Suicídio” e “Enfermagem”.

Os critérios de inclusão instituídos para a revisão foram os seguintes: artigos publicados nos últimos 5 anos (entre 2019-2024); com texto integral e de acesso livre; escritos em português ou inglês; que identificassem intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria na prevenção do suicídio na pessoa adulta. Os artigos que incluíssem abordagens interdependentes ou exclusivamente medicamentosas; outras populações como, por exemplo, crianças e adolescentes; e suicídio assistido foram eliminados. Para verificar a adequação dos artigos encontrados aos critérios de inclusão estabelecidos, foram percorridas as seguintes etapas: 1º - inclusão/exclusão do artigo pela leitura do título e do resumo; 2º - inclusão/exclusão do artigo pela leitura do texto integral.

RESULTADOS

Foram identificados 554 artigos, dos quais 5 integraram a revisão, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, como se pode verificar na Figura 2.

Figura 2 – Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.



Os artigos selecionados e incluídos na revisão integrativa foram avaliados tendo em conta uma análise categorial: objetivo, método, principais resultados e intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria que advêm dos resultados. A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva.

Os 5 estudos que integram a revisão integrativa de literatura encontram-se

distribuídos por dois tipos de

metodologia, nomeadamente: revisão narrativa de literatura e revisão integrativa de literatura.

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.

Gnanapragasam, A. et al. (2021). Nursing Management of Patients with Psychiatric Emergencies.			
Objetivo Principal	Métodos	Principais Resultados	Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)
Identificar as emergências psiquiátricas e os cuidados de enfermagem aos indivíduos em situação de emergência psiquiátrica.	Revisão narrativa de literatura.	O suicídio é considerado uma emergência psiquiátrica e um problema de saúde pública. Os cuidados de enfermagem no indivíduo com risco de suicídio têm como objetivo prevenir o suicídio e comportamentos autodestrutivos, promover a segurança, promover interação social e suporte.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover um ambiente seguro. ▪ Vigiar o cliente. ▪ Remover medicação/carro de medicação da proximidade do cliente. ▪ Vigiar a ingestão da medicação durante a administração. ▪ Remover objetos perigosos. ▪ Avaliar alterações de comportamento e de humor. ▪ Avaliar sinais de alarme e fatores de risco para o suicídio. ▪ Assistir nas atividades de vida diária/, principalmente se o cliente estiver imobilizado fisicamente, em contexto de internamento. ▪ Estabelecer contrato de suicídio. ▪ Encorajar o cliente a participar em atividades que reduzam o nível de tensão e raiva. ▪ Avaliar alterações do comportamento e da comunicação verbal e não verbal.
Elrefaay, SH., Shalaby, MH. (2019). Suicide Among Psychiatric Patients and Nursing Role: A Literature Review.			
Objetivo Principal	Métodos	Principais Resultados	Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)
Identificar o papel do enfermeiro em clientes do foro psiquiátrico com comportamento suicidário.	Revisão narrativa de literatura.	O enfermeiro e os cuidados de enfermagem possuem um papel fulcral em clientes com comportamento suicidário por forma a prevenir o suicídio. O papel do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover um ambiente seguro. ▪ Restringir o acesso do cliente a objetos perigosos. ▪ Supervisionar o cliente. ▪ Avaliar fatores de risco de suicídio.

		<p>divide-se em 5 áreas essenciais na prevenção do suicídio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do risco de suicídio; 2. Implementação de medidas de segurança; 3. Estabelecimento de uma relação terapêutica; 4. Intervenção terapêutica com diferentes técnicas adaptadas ao cliente; 5. Estratégias de reabilitação psicossocial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar nível de risco de suicídio. ▪ Assistir o cliente na redução dos níveis de stress. ▪ Assistir o cliente na redução de sintomas da esfera suicidária. ▪ Promover estratégias sociais e psicológicas na redução de sintomas e em resposta ao stress. ▪ Executar técnicas de comunicação efetiva. ▪ Executar diferentes técnicas terapêuticas no cliente com comportamento suicidário. ▪ Executar reabilitação psicossocial. ▪ Executar exame físico (avaliar presença de sinais de comportamento autolesivo, sinais e sintomas de abuso de substâncias, condição médica debilitante, presença de dor crónica). ▪ Avaliar o estado mental (avaliar distúrbios na concentração, orientação, memória, que podem sugerir uma possível síndrome neurológica orgânica ou perturbação depressiva major). ▪ Avaliar ideação suicida. ▪ Avaliar plano de suicídio (se estruturado ou não, letalidade, método e meios disponíveis). ▪ Avaliar alterações do comportamento não-verbal. ▪ Avaliar alterações do humor. ▪ Promover expectativas realistas. ▪ Promover a expressão de sentimentos. ▪ Promover estratégias de gestão da raiva e do stress. ▪ Promover estratégias de gestão de emoções. ▪ Executar escuta ativa. ▪ Executar intervenção psicoterapêutica. ▪ Ensinar a família do cliente sobre estratégias de prevenção de suicídio. ▪ Ensinar a família do cliente sobre sinais de alarme de suicídio.
<p>Curado, A. (2023). Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio.</p>			
<p>Objetivo Principal</p>	<p>Métodos</p>	<p>Principais Resultados</p>	<p>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</p>

<p>Identificar e avaliar o risco de suicídio, através do índice de NGASR, associando a estimativa de risco ao nível de intervenção de enfermagem.</p>	<p>Revisão integrativa de literatura.</p>	<p>O enfermeiro possui um papel importante na prevenção do suicídio, através de estratégias e intervenções que se dividem em 4 áreas de atuação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação inicial do estado mental e exame físico do cliente; 2. Relação terapêutica; 3. Escuta ativa e comunicação assertiva; 4. Intervenções psicoterapêuticas promotoras de esperança. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o risco de suicídio. ▪ Avaliar o estado mental do cliente. ▪ Executar exame físico. ▪ Avaliar e identificar fatores concorrentes para a tentativa de suicídio. ▪ Avaliar alterações do comportamento. ▪ Promover ambiente seguro. ▪ Ensinar a família sobre estratégias de prevenção de suicídio. ▪ Executar técnica de comunicação assertiva. ▪ Estabelecer relação terapêutica. ▪ Executar escuta ativa. ▪ Executar intervenção psicoterapêutica. ▪ Executar psicoeducação. ▪ Vigiar ideação suicida.
<p>Mourinho, J. (2022). Ideação Suicida: Avaliar, prevenir, intervir e cuidar – Intervenção do Enfermeiro Especialista na Comunidade.</p>			
<p>Objetivo Principal</p>	<p>Métodos</p>	<p>Principais Resultados</p>	<p>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</p>
<p>Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na comunidade na prevenção da ideação suicida e, consequentemente do suicídio.</p>	<p>Revisão integrativa de literatura.</p>	<p>O enfermeiro possui um papel importante na prevenção do suicídio, dado ser o profissional que se encontra mais próximo do cliente e que atua na primeira linha de intervenção, que se divide em 5 áreas principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação inicial do cliente. 2. Entrevista de Ajuda; 3. Relação terapêutica; 4. Abordagem individual e familiar; 5. Intervenção em crise. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o risco de suicídio. ▪ Avaliar o estado mental do cliente. ▪ Executar entrevista de ajuda. ▪ Implementar plano de segurança. ▪ Estabelecer relação terapêutica. ▪ Ensinar a família do cliente sobre estratégias de prevenção de suicídio. ▪ Ensinar a família do cliente sobre sinais de alarme de suicídio. ▪ Avaliar e identificar patologias psiquiátricas, agudas e crónicas. ▪ Avaliar e identificar fatores protetores. ▪ Avaliar e identificar fatores de risco de suicídio. ▪ Envolver a família/pessoa significativa. ▪ Executar intervenção em crise.
<p>Santos, S. et al. (2022). Atuação da enfermagem na assistência ao paciente com lesão autoprovocada na urgência e emergência.</p>			

Objetivo Principal	Métodos	Principais Resultados	Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)
<p>Descrever o papel do enfermeiro no atendimento a clientes com lesões autoprovocadas por comportamento suicidário em unidades de urgência e emergência.</p>	<p>Revisão integrativa de literatura.</p>	<p>O enfermeiro possui um papel fulcral na prevenção do suicídio no indivíduo com comportamento autolesivo no foro da esfera suicidária. Para além disso, é o profissional mais próximo do cliente e que intervém em primeira linha nestas situações em unidades de urgência e emergência, sendo o seu papel interventivo dividido em 7 áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Classificação de risco; 2. Cuidado clínico (intervenções interdependentes); 3. Cuidado psicológico; 4. Cuidado com familiar; 5. Encaminhamento e planeamento da alta; 6. Prevenção; 7. Formação da equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o risco de suicídio. ▪ Avaliar comportamento autolesivo. ▪ Avaliar e identificar patologias psiquiátricas. ▪ Promover estratégias de prevenção de suicídio. ▪ Executar psicoeducação. ▪ Executar intervenção psicoterapêutica. ▪ Avaliar o estado mental do cliente. ▪ Executar exame físico. ▪ Executar aconselhamento. ▪ Estabelecer relação terapêutica. ▪ Executar relação de ajuda. ▪ Executar apoio emocional. ▪ Executar escuta ativa. ▪ Oferecer apoio. ▪ Envolver a família. ▪ Ensinar a família do cliente sobre estratégias de prevenção de suicídio. ▪ Ensinar a família do cliente sobre sinais de alarme de suicídio. ▪ Implementar plano de segurança.

Após a análise dos resultados obtidos, verificou-se que as intervenções autónomas de enfermagem mais utilizadas, na prevenção do suicídio na pessoa adulta, podem ser divididas em quatro áreas.

de enfermagem mais utilizadas, na

Em cada área, identificou-se um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem, com recurso a linguagem classificada, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, versão 2019 (International Council of Nurses, 2019), por forma a dar resposta ao diagnóstico de enfermagem “Risco de suicídio”, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Intervenções autónomas de enfermagem para dar resposta ao diagnóstico “Risco de suicídio”, segundo a CIPE, versão 2019 (International Council of Nurses, 2019).

Diagnóstico de Enfermagem	Áreas de Intervenção	Intervenções de Enfermagem
Risco de suicídio (10015356)	Classificação de Risco e Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar risco de suicídio ▪ Avaliar comportamento autodestrutivo ▪ Avaliar ideação suicida ▪ Avaliar status psicológico (10030734) ▪ Avaliar status psicossocial ▪ Avaliar comportamento (10046790) ▪ Avaliar humor depressivo (10026055) ▪ Avaliar abuso de substâncias (10045938) ▪ Avaliar nível de stresse (10043809) ▪ Avaliar expetativas (10026072) ▪ Avaliar <i>coping</i> (10002723) ▪ Executar exame físico
	Promoção de Ambiente Seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar regime de segurança (10036565) ▪ Implementar regime de gestão de prevenção do suicídio ▪ Implementar precauções de suicídio (10036336) ▪ Vigiar cliente ▪ Vigiar ingestão da medicação ▪ Assistir nas atividades de vida diária

	<p>Abordagem Individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer [contrato] de suicídio ▪ Assistir na redução do nível de stresse ▪ Ensinar sobre gestão de stresse ▪ Promover afirmação positiva ▪ Promover comunicação efetiva ▪ Encorajar afirmações positivas (10024377) ▪ Implementar regime de reabilitação psicossocial ▪ Promover expetativas realistas ▪ Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (10026616) ▪ Gerir emoção negativa (10031851) ▪ Promover gestão de emoção ▪ Gerir humor depressivo ▪ Promover gestão de humor ▪ Executar [escuta ativa] ▪ Executar intervenção [psicoterapêutica] ▪ Executar entrevista de [ajuda] ▪ Executar intervenção em crise ▪ Executar aconselhamento ▪ Promover <i>coping</i> efetivo (10035936) ▪ Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i> ▪ Gerir processo de <i>coping</i> comprometido (10031846) ▪ Providenciar apoio emocional (10027051)
	<p>Envolvimento da Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar família sobre regime de segurança ▪ Ensinar família sobre regime de gestão de prevenção do suicídio ▪ Ensinar família sobre estratégias de prevenção do suicídio ▪ Ensinar família sobre sinais de alarme de suicídio ▪ Executar [psicoeducação] ▪ Providenciar apoio emocional (10027051)

DISCUSSÃO

A prevenção do suicídio e a promoção de estratégias de prevenção do suicídio exigem uma intervenção e abordagem complexa e multidisciplinar em variados setores da sociedade, com maior foco na área da saúde. Existem intervenções autónomas de enfermagem que são particularmente importantes na prevenção do suicídio da pessoa adulta. As intervenções de enfermagem identificadas e apresentadas anteriormente foram selecionadas de acordo com os resultados da revisão integrativa da literatura, no entanto, devem ser adaptadas a cada indivíduo e caso clínico, sendo essa decisão da responsabilidade do EESMP.

Com a revisão da literatura realizada, verificou-se que as intervenções autónomas de enfermagem que têm resultados na prevenção do suicídio dividem-se em quatro áreas. Assim sendo, esta discussão está organizada em função das mesmas.

Classificação de Risco e Avaliação Inicial

A avaliação inicial e a identificação da classificação de risco de suicídio são essenciais, uma vez que permitem ao EESMP o planeamento dos cuidados de forma individualizada e personalizada ao cliente, com base na colheita de dados efetuada, quer do status psicológico e do físico, como também através de índices e escalas de avaliação do risco de suicídio (Santos, Angonese, Meireles, & Oliveira, 2022; Elrefaay & Shalaby, 2019; Curado, 2023; (Mourinho, 2022)). A identificação do risco de suicídio e, conseqüentemente, dos fatores de risco e dos fatores protetores, permitem adequar as intervenções autónomas de enfermagem a serem implementadas, mediante o nível de risco (Curado, 2023a). Os dados colhidos através da avaliação inicial irão permitir perceber a existência ou não de alterações em determinadas áreas, nomeadamente a nível psicológico. Por outro lado, os dados colhidos resultantes do exame físico permitem detetar sinais de comportamento autodestrutivo, mais especificamente de comportamento autolesivo. Para a avaliação inicial e classificação de risco de suicídio, destacamos as seguintes intervenções autónomas de enfermagem: Avaliar risco de suicídio; Avaliar comportamento autodestrutivo; Avaliar ideação suicida; Avaliar status psicológico (10030734); Avaliar status psicossocial; Avaliar comportamento (10046790); Avaliar humor depressivo (10026055); Avaliar abuso de substâncias (10045938); Avaliar nível de stresse (10043809); Avaliar expectativas (10026072); Avaliar *coping* (10002723); Executar exame físico.

Promoção de Ambiente Seguro

A promoção de um ambiente seguro a nível de internamento hospitalar ou residencial é importante na prevenção do suicídio. As medidas a serem adotadas para promoverem um ambiente seguro

devem ser implementadas pelos profissionais de saúde em ambiente hospitalar e pelo cliente e respetiva família na sua residência, de acordo com um plano de segurança. Estudos comprovam que o controlo de armas de fogo, menor disponibilidade de armas letais, limitações sobre a venda e disponibilidade de álcool e drogas, restrição ao acesso de medicação e objetos potencialmente letais, verificação da ingestão de medicação, utilização de roupa de cama de papel especificamente em ambiente hospitalar, vigilância do cliente em intervalos regulares e frequentes e a assistência nas atividades de vida diária podem ajudar na prevenção do suicídio (Elrefaay & Shalaby, 2019) Desta forma, é possível minimizar o risco de suicídio, através da implementação de estratégias de prevenção e medidas de segurança, sendo que salientamos as seguintes intervenções autónomas de enfermagem: Implementar regime de segurança (10036565); Implementar regime de gestão de prevenção do suicídio; Implementar precauções de suicídio (10036336); Vigiar cliente; Vigiar ingestão da medicação; Assistir nas atividades de vida diária.

Abordagem Individual

A abordagem individual na pessoa adulta, com foco na prevenção do suicídio, requer do EESMP o estabelecimento de uma relação terapêutica, através da confiança, do respeito mútuo, do não julgamento e da comunicação efetiva entre os intervenientes (Curado, 2023a). É importante que o cliente coopere e se encontre envolvido e motivado para que a relação terapêutica atinja o seu objetivo principal, que é a prevenção do suicídio. O EESMP, durante a abordagem ao cliente, pode e deve utilizar diferentes técnicas de intervenção psicoterapêutica adaptadas ao mesmo, por forma a atingir o objetivo da relação terapêutica (Elrefaay & Shalaby, 2019)(Curado, 2023) Ao longo da sua abordagem, deve ter também como foco a reabilitação psicossocial do cliente, através do encaminhamento e planeamento da sua alta, capacitando-o de estratégias de *coping* que irão permitir ao mesmo uma adaptação saudável ao seu ambiente, reduzindo o risco de suicídio (Elrefaay & Shalaby, 2019). Neste âmbito, como intervenções autónomas de enfermagem podem ser instituídas: Estabelecer [contrato] de suicídio; Assistir na redução do nível de stresse; Ensinar sobre gestão de stresse; Promover afirmação positiva; Promover comunicação efetiva; Encorajar afirmações positivas (10024377); Implementar regime de reabilitação psicossocial; Promover expectativas realistas; Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (10026616); Gerir emoção negativa (10031851); Promover gestão de emoção; Gerir humor depressivo; Promover gestão de humor; Executar [escuta ativa]; Executar intervenção [psicoterapêutica]; Executar entrevista de [ajuda]; Executar intervenção em crise; Executar aconselhamento; Promover *coping* efetivo (10035936); Ensinar sobre estratégias de *coping*; Gerir processo de *coping* comprometido (10031846); Providenciar apoio emocional (10027051).

Envolvimento da Família

A participação e o envolvimento da família na prevenção do suicídio são considerados um fator protetor do risco de suicídio. Por isso, é aconselhável envolver a família na prevenção do suicídio, através da criação e implementação de um plano de segurança adaptado (Ati et al., 2020). A família deve ser alvo de intervenção psicoeducacional acerca do suicídio e a sua prevenção, sendo informada acerca de estratégias de prevenção do suicídio e sinais de alarme de suicídio. É importante também providenciar apoio emocional à família, dado que o comportamento da esfera suicidária afeta não só o indivíduo que o apresenta como também se repercute na respetiva família e pessoas significativas (Mourinho, 2022) Como o EESMP é o profissional na primeira linha de intervenção e que mais interage com as famílias, é sua função autónoma: Ensinar família sobre regime de segurança; Ensinar família sobre regime de gestão de prevenção do suicídio; Ensinar família sobre estratégias de prevenção do suicídio; Ensinar família sobre sinais de alarme de suicídio; Executar [psicoeducação]; Providenciar apoio emocional (10027051).

CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste estudo permitiu identificar e elencar um conjunto de intervenções autónomas do EESMP na prevenção do suicídio na pessoa adulta, as quais se dividem em quatro áreas de atenção: classificação de risco e avaliação inicial; promoção de ambiente seguro; abordagem individual e envolvimento da família. Estes resultados podem ser importantes para a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os resultados obtidos podem contribuir para a prática clínica autónoma do EESMP, permitindo elaborar um plano de cuidados individualizado e personalizado a cada cliente, instituindo um conjunto de intervenções específicas, que contribuam para a prevenção do suicídio e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde para o cliente e para a sociedade em si, através da redução do número de mortes por suicídio e de tudo o que acarreta o suicídio para o indivíduo em si, a sua família e a sociedade em geral.

LIMITAÇÕES DE ESTUDO

Como limitação deste tudo, salienta-se o reduzido número de artigos identificados e selecionados para a análise. Contudo, apesar da quantidade reduzida de artigos selecionados, foi possível identificar a importância do papel do EESMP na prevenção do suicídio na pessoa adulta e elencar as intervenções autónomas de enfermagem que dão resposta ao diagnóstico de “Risco de suicídio” (10015356). Em acréscimo, durante a pesquisa na base de dados RCAAP, surgiu outra limitação de

estudo, dado que a base de dados possuía uma falha na aplicação de filtros de pesquisa, pelo que a pesquisa em termos de espaço temporal foi efetuada manualmente, sem recurso a filtros temporais; sendo esta limitação facilmente ultrapassada.

2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

2.1. Descrição do programa a implementar

O programa desenvolvido intitulado “*Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*” baseia-se numa intervenção estruturada centrada nas intervenções autónomas do EEESMP na prevenção do suicídio.

Este programa foi concebido e implementado durante o ENP, tanto em contexto de Internamento de Agudos como na Comunidade, e encontra-se fundamentado no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (MIPE) (Sampaio et al., 2023).

O programa é composto por oito sessões individuais, com a exceção de uma sessão destinada ao envolvimento da família e/ou pessoa significativa do cliente. Cada sessão tem uma duração aproximada de 60 minutos.

A participação no programa regeu-se pelos seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Histórico de tentativa de suicídio (anterior ou recente);
- Presença de humor depressivo;
- Comportamento autodestrutivo;
- Ideação suicida;
- Existência de plano suicida.

O planeamento, elaboração e implementação do programa teve como objetivo primordial reduzir o risco de suicídio e promover a sua prevenção através de uma abordagem individualizada, interventiva e centrada na pessoa, tendo como base as intervenções autónomas do EEESMP previamente referidas.

Importa ainda salientar que este programa resultou diretamente das conclusões obtidas no estudo desenvolvido na RIL, realizado no âmbito da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, intitulado: “*Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*”; nas orientações explanadas no “*Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*” (J. C. P. dos Santos et al., 2012) elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade

de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP); bem como nas orientações presentes em “Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde” (Valadas et al., 2021).

2.2. Método

O presente programa baseia-se num método estruturado de intervenção, desenvolvido com base nos resultados obtidos na RIL anteriormente referida. A sua implementação segue uma abordagem multidimensional, ao longo das oito sessões do programa, que se encontram distribuídas nas seguintes 5 áreas de atenção:

Classificação de Risco e Avaliação Inicial

Esta abordagem é realizada nas duas primeiras sessões (Quadro 3 e 4) e tem como objetivos:

- Avaliar o risco de suicídio e a presença de comportamentos da esfera suicidária;
- Identificar fatores de risco, fatores protetores e sinais de alarme;
- Realizar uma avaliação global da condição clínica do cliente, com maior foco no seu estado psicológico, humor e comportamento.

Esta avaliação inicial permite estabelecer um plano de cuidados de Enfermagem individualizado e fundamentado no perfil clínico do cliente.

Promoção de Ambiente Seguro

Na terceira sessão (Quadro 5), procede-se à elaboração de um plano de segurança individual, que inclui:

- A formalização de um contrato terapêutico;
- A identificação de sinais de alerta pessoais;
- A definição de estratégias internas de *coping*;
- A identificação da rede de apoio disponível (família, amigos, profissionais).

Esta etapa tem como objetivo fornecer ao cliente uma ferramenta concreta e acessível para utilizar em momentos de crise.

Abordagem Individual

Ao longo das sessões quatro e cinco (Quadro 6 e 7), são implementadas intervenções psicoterapêuticas, promovidas pelo EEESMP, com os seguintes objetivos:

- Reduzir o risco de suicídio;
- Aumentar a vontade de viver;

- Reforçar os recursos internos do cliente, como, por exemplo, as estratégias de *coping*, a gestão de stress e emoções.

Estas intervenções são adaptadas à história de vida, necessidades e contexto do cliente, respeitando os princípios da prática centrada na pessoa.

Envolvimento da Família

Na sexta sessão (Quadro 8), promove-se o envolvimento da família e/ou pessoa significativa, reconhecendo-se o seu papel essencial no processo terapêutico. Esta sessão foca-se numa intervenção psicoeducativa, abordando:

- A compreensão do suicídio como fenómeno multifatorial;
- A desconstrução de mitos e estigmas associados;
- O fortalecimento de estratégias de apoio emocional e relacional ao cliente.

O envolvimento da família visa também potenciar fatores protetores e criar um ambiente de suporte contínuo.

Acompanhamento Contínuo (Follow-up)

A sétima sessão (Quadro 9) corresponde à sessão final, onde engloba uma avaliação final do estado clínico do cliente e ao término propriamente dito do programa interventivo e das intervenções psicoterapêuticas, preparando-se o término da relação terapêutica entre enfermeiro e cliente.

Por fim, a oitava e última sessão (Quadro 10) é dedicada ao acompanhamento clínico do cliente após a conclusão formal do programa, denominado por follow-up. Nesta etapa são reforçados:

- Os ganhos em saúde obtidos;
- As estratégias de *coping* desenvolvidas;
- A rede de suporte construída ou fortalecida.

Este acompanhamento tem como finalidade garantir a continuidade dos cuidados, prevenindo recaídas e o suicídio bem como promovendo a manutenção da estabilidade emocional.

Seguidamente, encontram-se explanados os quadros referentes às oito sessões do programa interventivo descrito nos parágrafos acima.

Quadro 3 – Sessão nº1 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial.

Sessão nº1 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial					
Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Cliente com idade igual ou superior a 18 anos; - Cliente com história de tentativa de suicídio prévia ou tentativa de suicídio atual; - Cliente com humor depressivo; - Cliente com comportamento autodestrutivo; - Cliente com ideação suicida; - Cliente com plano de suicídio. 				
Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Cliente com agitação psicomotora; - Cliente com défice cognitivo acentuado; - Cliente com atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Cliente com estado confusional. 				
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Obter consentimento do cliente para recolha de dados. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Executar entrevista clínica. - Avaliar risco de suicídio através do Índice de Risco de Suicídio (IRIS) – ANEXO I. - Avaliar comportamento autodestrutivo. - Avaliar ideação suicida. - Avaliar fatores protetores – ANEXO II. - Avaliar fatores de risco – ANEXO II. - Avaliar sinais de alarme – ANEXO III. - Avaliar adesão ao regime terapêutico. - Executar exame físico. - Identificar diagnóstico de Enfermagem: Risco de Suicídio. - Explicar ao cliente programa de intervenção. - Apresentar objetivos da intervenção. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar contrato terapêutico. 				
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente. - Esclarecer dúvidas do cliente. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.

Quadro 4 – Sessão nº2 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial (continuação).

Sessão nº2 – Classificação de Risco e Avaliação Inicial (continuação)					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar status psicológico. - Avaliar status psicossocial. - Avaliar comportamento. - Avaliar humor depressivo. - Avaliar abuso de substâncias. - Avaliar nível de stress. - Avaliar expectativas. - Avaliar coping – ANEXO V. - Avaliar apetite. - Avaliar padrão de sono. - Avaliar adesão ao regime terapêutico. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente e família/pessoa significativa. - Esclarecer dúvidas do cliente e família/pessoa significativa. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
------------------	---	---	--	-----------	--------

Quadro 5 – Sessão nº3 – Plano de Segurança.

Sessão nº3 – Plano de Segurança					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão ao regime terapêutico. - Estabelecer contrato de suicídio. - Explicar ao cliente o plano de segurança. - Elaborar com o cliente o plano de segurança, através da identificação de sinais de alarme, estratégias internas de coping e rede de apoio disponível – ANEXO IV. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente. - Esclarecer dúvidas do cliente e família/pessoa significativa. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.

Quadro 6 – Sessão nº4 – Abordagem Individual.

Sessão nº4 – Abordagem Individual					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão ao regime terapêutico. - Executar intervenção psicoterapêutica – por exemplo, escuta ativa; relação de ajuda formal; intervenção em crise. - Executar técnica de resolução de problemas. - Assistir na redução do nível de stress. - Ensinar sobre gestão de stress. - Promover afirmação positiva. - Promover comunicação efetiva. - Encorajar afirmações positivas. - Promover expectativas realistas. - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos. - Negociar e promover o autoelogio diário. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente. - Esclarecer dúvidas do cliente. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.

Quadro 7 – Sessão nº5 – Abordagem Individual (continuação).

Sessão nº5 – Abordagem Individual (continuação)					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão ao regime terapêutico. - Executar intervenção psicoterapêutica – por exemplo, escuta ativa; relação de ajuda formal; intervenção em crise. - Executar aconselhamento. - Executar técnica de relaxamento – técnica de respiração profunda. - Promover o mindfulness. - Incentivar atividades de vida diária que promovam o autocuidado do cliente. - Promover coping efetivo. - Ensinar sobre estratégias de coping (cognitivo, emocional, comportamental). - Gerir processo de coping comprometido. - Gerir emoção negativa. - Promover gestão de emoção. - Gerir humor depressivo. - Promover gestão de humor. - Providenciar apoio emocional. - Implementar regime de reabilitação psicossocial – por exemplo, inserção em atividades ludoterapêuticas. - Planear envolvimento da família/pessoa significativa para a próxima sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente - Esclarecer dúvidas do cliente. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.

Quadro 8 – Sessão nº6 – Envolvimento da Família.

Sessão nº6 – Envolvimento da Família					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente e família/pessoa significativa. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a família ou pessoa significativa do cliente. - Executar psicoeducação – com foco na sensibilização para a prevenção do suicídio e combate ao estigma. - Ensinar família/pessoa significativa sobre plano de segurança. - Ensinar família/pessoa significativa sobre estratégias de prevenção do suicídio. - Ensinar família/pessoa significativa sobre sinais de alarme de suicídio. - Elaborar “kit de esperança” com o cliente e a família/pessoa significativa. - Providenciar apoio emocional. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente e família/pessoa significativa. - Esclarecer dúvidas do cliente e família/pessoa significativa. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.

Quadro 9 – Sessão nº 7 – Sessão Final.

Sessão Final					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Efetuar resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de suicídio através do Índice de Risco de Suicídio (IRIS) – ANEXO I. - Avaliar comportamento autodestrutivo. - Avaliar ideação suicida. - Avaliar status psicológico. - Avaliar comportamento. - Avaliar humor depressivo. - Avaliar nível de stress. - Avaliar expectativas. - Avaliar coping. - Avaliar fatores de risco – ANEXO II. - Avaliar fatores protetores – ANEXO II. - Avaliar sinais de alarme – ANEXO III. - Avaliar apetite. - Avaliar sono. - Avaliar adesão ao regime terapêutico. - Avaliar os progressos percebidos pelo cliente e a eficácia do programa interventivo implementado. - Promover ajustes necessários face às estratégias delineadas ao longo do programa interventivo. - Solicitar ao cliente que efetue uma síntese do percurso percorrido, explorando as suas preocupações, emoções e dificuldades atuais. - Elogiar desenvolvimento do cliente. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente. - Esclarecer dúvidas do cliente. - Demonstrar disponibilidade ao cliente, caso seja necessário recorrer posteriormente por procura de ajuda em saúde. - Agendar sessão de follow-up. - Efetuar cumprimentos finais. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
------------------	--	---	---	-----------	--------

Quadro 10 – Sessão nº8 – Sessão de Follow-up.

Sessão de Follow-up					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao cliente. - Explicar objetivo da sessão. 	Expositivo; Participativo; Ativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de suicídio através do Índice de Risco de Suicídio (IRIS). - Analisar com o cliente os progressos percecionados após o término do programa interventivo. - Analisar com o cliente a implementação das estratégias delineadas ao longo do programa interventivo após o término do mesmo. - Promover ajustes necessários face às estratégias delineadas ao longo do programa interventivo. - Explorar e analisar questões ou preocupações relatadas pelo cliente face ao término do programa interventivo e do seu desenvolvimento intrapessoal. - Solicitar ao cliente que efetue uma síntese do percurso percorrido, explorando as suas preocupações, emoções e dificuldades atuais. - Elogiar desenvolvimento do cliente. 	Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.	Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.	1 EEESMP.	50 min.

<p>Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback do cliente. - Esclarecer dúvidas do cliente. - Demonstrar disponibilidade ao cliente, caso seja necessário recorrer posteriormente por procura de ajuda em saúde. - Efetuar cumprimentos finais. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Gabinete; Mesa; Cadeiras; Caneta; Folhas; Computador.</p>	<p>1 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>
-------------------------	--	--	--	------------------	---------------

Contextualização

O programa em questão foi implementado a dois clientes durante o ENP no Serviço de Psiquiatria de Internamento de Agudos e a um cliente no ENP em contexto de Comunidade. Na implementação do programa, foi tido em conta o consentimento informado por parte dos clientes bem como a elaboração de um contrato terapêutico verbal que pôde ser ajustado ao longo das sessões, mediante necessidade (OE, 2015)

Seguidamente, encontra-se descrita uma breve contextualização do caso clínico dos clientes que integraram o programa interventivo, conforme referido no parágrafo anterior.

Caso Clínico I

Mulher, 19 anos, residente com a mãe e a irmã, com escolaridade até ao 11º ano. A frequentar o 12º ano de escolaridade na área das Artes e Design de Moda, com história de múltiplas reprovações escolares e abandono escolar por tempo limitado. Apresentava ideação suicida com múltiplas tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa e defenestração, comportamentos autolesivos, sentimentos persistentes de desvalorização e anedonia bem como humor depressivo e vontade de viver diminuída. Após ida à Urgência Metropolitana da sua área de residência, onde foi diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline e Síndrome Depressivo, iniciou regime medicamentoso e foi encaminhada para internamento. No internamento, foi aplicado o IRIS (**Anexo I**), tendo obtido um score de 20 pontos (Façanha & Santos, 2018; Veiga et al., 2014).

Caso Clínico II

Homem, 42 anos, residente com a esposa e dois filhos, licenciado em Informática. Exercia funções como técnico de informática numa empresa multinacional, no entanto, encontrava-se desempregado há 6 meses. Apresentava ideação suicida com tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa, sentimentos persistentes de desvalorização e anedonia bem como humor depressivo e sentimentos de desesperança. Após tentativa de suicídio, recorreu à Urgência Metropolitana da sua área de residência, onde foi diagnosticado com Síndrome Depressivo, tendo iniciado regime medicamentoso e sido encaminhado para internamento. No internamento, foi aplicado o IRIS (**Anexo I**), tendo obtido um score de 11 pontos (Façanha & Santos, 2018; Veiga et al., 2014).

Caso Clínico III

Homem, 30 anos, residente com os pais, com escolaridade até ao 5º ano, após múltiplas reprovações escolares. Exercia funções como funcionário de armazém. Apresentava ideação suicida, sentimentos persistentes de desvalorização e anedonia bem como humor depressivo e

vontade de viver diminuída. Após episódio de crise, recorreu à Urgência Metropolitana da sua área de residência, onde foi diagnosticado com Síndrome Depressivo e iniciou regime medicamentoso. A partir desta consulta, foi encaminhado para a consulta de ESMP inserida na equipa comunitária da sua área de residência, onde foi aplicado o IRIS (**Anexo I**), tendo obtido um score de 5 pontos (Façanha & Santos, 2018; Veiga et al., 2014).

2.3. Resultados

O presente programa contribuiu significativamente para um maior reconhecimento de sinais de crise, nomeadamente no que se refere a comportamentos associados à esfera suicidária. Verificou-se, ainda, o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas; o fortalecimento das relações familiares e sociais; a redefinição de valores pessoais; a melhoria na gestão do stress, de sentimentos e emoções negativas; e a implementação eficaz de um plano de segurança, promovendo, assim, um ambiente seguro, tanto em contexto de internamento como na comunidade.

Nos casos clínicos descritos no subcapítulo anterior, observou-se uma redução da ideação suicida, uma melhoria do humor e uma diminuição dos sentimentos de desvalorização. Os clientes relataram também um aumento da motivação e satisfação na realização de atividades pessoais, bem como no desenvolvimento e manutenção de relações interpessoais ao longo das sessões. Destacou-se, ainda, uma maior capacidade por parte dos clientes para solicitar ajuda em episódios de crise, tendo os mesmos referido contar com uma rede de apoio disponível — composta por profissionais de saúde, familiares e/ou outras pessoas significativas.

O fundamento e objetivo primordial das intervenções relacionadas com comportamentos da esfera suicidária consiste em reduzir e eliminar os fatores de risco que os indivíduos apresentam, fortalecendo, por sua vez, os fatores protetores do comportamento suicida, conforme descrito por Berman, Jobes & Silverman (2006) e citados por Simões et al. (2020, p.144) pelo que se pode afirmar que, neste quesito, o objetivo primordial foi atingido, conforme se pode verificar no parágrafo descrito acima.

Para além disso, foi possível constatar que no Caso Clínico I, dado tratar-se de uma jovem adulta, os comportamentos autolesivos são os mais comuns, conforme descrito por Sharp (2013), Wilcox et al. (2010) e citados por Simões et al. (2020, p.146).

Contudo, a implementação do programa enfrentou algumas limitações, particularmente relacionadas com o tempo disponível, uma vez que a duração dos estágios clínicos não permitiu a conclusão completa do mesmo. Por essa razão, não foi possível realizar a avaliação final, o

acompanhamento (follow-up) ou determinar com maior precisão o impacto do programa no bem-estar geral e na saúde mental dos clientes.

Relacionado à aplicação do programa no Caso Clínico I e II, o motivo pelo qual o programa não foi implementado na sua totalidade deveu-se à alta clínica precoce em contexto de internamento dos clientes. No Caso Clínico III, a não implementação da totalidade do programa deveu-se ao término do ENP. É de salientar que foi preparado o seguimento dos cuidados pelos profissionais de saúde do serviço, que implementaram o programa até ao seu término com os respetivos clientes.

Outra limitação relevante centra-se na realização da sessão nº6 – *Envolvimento da Família*. Devido à indisponibilidade dos familiares e/ou pessoas significativas, por motivos laborais ou outros compromissos, esta sessão não pôde ser implementada conforme previsto, comprometendo parcialmente a execução do programa.

Apesar destas limitações, foi possível identificar melhorias significativas nos clientes ao longo das sessões realizadas, conforme evidenciado no primeiro parágrafo. Os relatos destes demonstraram melhorias positivas do *coping* emocional e cognitivo imediatos, com impacto esperado no *coping* comportamental, que indicam um potencial benefício do programa na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, mesmo sem a sua aplicação integral.

Por fim, os resultados obtidos vão de encontro ao que a literatura científica evidencia; demonstrando alguma efetividade na redução dos fatores de risco nos indivíduos com comportamentos da esfera suicidária e na melhoria dos fatores protetores; uma vez que não é possível reduzir o risco de suicídio com uma intervenção específica (Simões et al., 2021, p. 146; Valadas et al., 2021; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2013; Saraiva et al., 2014; Curado, 2023b).

2.4. Discussão

Os resultados obtidos com a implementação do presente programa sugerem efeitos benéficos no bem-estar geral, em particular no bem-estar psicológico, dos clientes, no que concerne à redução da ideação suicida, à melhoria do humor e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas. Os presentes resultados estão em consonância com a literatura que aponta para a eficácia de intervenções psicoterapêuticas estruturadas na mitigação de sintomas associados a comportamentos da esfera suicidária (Simões et al., 2021, p. 146; Valadas et al., 2021; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2013; Saraiva et al., 2014; Curado, 2023b).

O desenvolvimento e aprimoramento de competências emocionais, o fortalecimento das relações interpessoais e a criação de um plano de segurança personalizado revelaram-se elementos fulcrais na prevenção do suicídio. A capacidade dos clientes de reconhecer sinais de alerta e procurar ajuda é igualmente relevante, uma vez que o suporte social é um fator protetor perante o risco de suicídio. Além disso, a disponibilidade de uma rede de apoio composta por profissionais, familiares e/ou outras pessoas significativas é também um indicador positivo e fator protetor no contexto da recuperação emocional e da prevenção de recaídas (Elrefaay & Shalaby, 2019).

Contudo, a presente intervenção não esteve isenta de limitações significativas. A principal refere-se à restrição temporal imposta pelo período de estágio clínico bem como a alta clínica precoce de alguns clientes, que inviabilizou a conclusão completa do programa perante todos os clientes, bem como a implementação de um follow-up. Esta limitação compromete a possibilidade de avaliar a sustentabilidade dos ganhos em saúde observados e de determinar o real impacto da intervenção a médio e longo prazo, conforme preconizado pelas boas práticas em avaliação de programas.

Outra limitação relevante diz respeito à não implementação da sessão destinada ao envolvimento da família, devido à indisponibilidade dos familiares e/ou pessoas significativas dos clientes. Este facto evidencia um desafio comum na prática clínica: a conciliação entre os objetivos terapêuticos e as limitações práticas dos contextos familiares. A não implementação desta sessão pode ter comprometido parcialmente o potencial do programa, dado que o envolvimento da família é considerado um fator protetor na eficácia das intervenções em saúde mental.

Apesar destas limitações, os relatos positivos dos clientes ao longo das sessões indicam que o programa teve um impacto significativo, mesmo quando aplicado de forma parcial. Estes dados sugerem que a intervenção pode ser eficaz na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em contextos de internamento e comunitário.

Recomenda-se que futuras implementações do programa considerem estratégias para mitigar as limitações identificadas, nomeadamente através da adaptação da estrutura do programa a realidades institucionais, comunitárias e familiares específicas, e da inclusão de métodos de avaliação mais rigorosos. Por fim, a utilização de medidas quantitativas e qualitativas permitiria uma compreensão mais aprofundada da eficácia da intervenção bem como a sua aplicação longitudinal.

2.5. Conclusões

O programa "*Prevenção do Suicídio na Pessoa Adulta*" apresentou-se como um programa estruturado e fundamentado nas intervenções autónomas do EEESMP, com impacto positivo na

promoção da saúde mental e na prevenção de comportamentos da esfera suicidária. Através da implementação das sessões individuais e adaptadas ao perfil clínico de cada cliente, foi possível observar uma redução da ideação suicida, melhoria do humor, desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas e reforço das redes de apoio disponíveis.

A abordagem psicoterapêutica utilizada revelou-se eficaz na capacitação dos clientes para a identificação de sinais de crise, desenvolvimento de competências emocionais, valorização pessoal e mobilização de recursos internos e externos. A criação e aplicação de um plano de segurança individualizado constituiu-se como uma ferramenta fulcral na prevenção do suicídio, permitindo ao cliente um maior controlo e autonomia em situações de vulnerabilidade e episódios de crise.

Apesar dos resultados observados e relatados, a implementação do programa foi condicionada por limitações relevantes, designadamente a curta duração dos estágios clínicos, que impossibilitou a implementação completa de todas as sessões e a realização do follow-up. A indisponibilidade dos familiares e/ou pessoas significativas para participarem na sessão específica destinada ao seu envolvimento limitou, também, o potencial do programa no reforço de fatores protetores sociais e relacionais na prevenção do suicídio.

Ainda assim, os resultados obtidos sugerem que este programa apresenta aplicabilidade e relevância clínica tanto em contexto de internamento como comunitário; reforçando a importância de integrar programas estruturados e baseados em evidência na prática clínica do EEESMP, com foco na prevenção do suicídio e promoção da saúde mental.

Recomenda-se, assim, a continuidade da aplicação do programa com as devidas adaptações contextuais, a sua validação em amostras mais alargadas e heterogéneas, e a inclusão de metodologias de avaliação quantitativas e qualitativas. A realização de seguimento longitudinal será igualmente essencial e primordial para avaliar a sustentabilidade dos ganhos em saúde e o impacto real da intervenção a médio e longo prazo.

Em suma, o programa poderá ser eficaz na prevenção do suicídio em contexto de internamento e comunitário, promovendo autonomia, *coping* e resiliência. A sua replicação poderá contribuir numa redução das taxas nacionais de suicídio, alinhando-se com as metas da OMS para 2030.

3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE

O desenvolvimento do presente trabalho de investigação, centrado na elaboração da RIL e, conseqüentemente, no programa interventivo com foco na prevenção do suicídio na pessoa adulta e fundamentado nas intervenções autónomas do EEESMP, constitui-se como uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de competências previstas e associadas ao grau de Mestre em Enfermagem.

O trabalho de investigação, enquanto elemento integrante do presente ciclo de estudos, permitiu o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de conhecimentos técnico-científicos. Para além disso, possibilitou o desenvolvimento e reforço das dimensões ético-deontológicas, crítico-reflexivas e investigativas que alicerçam a prática de Enfermagem baseada na evidência.

A realização deste trabalho requereu uma compreensão aprofundada acerca dos comportamentos da esfera suicidária, dos seus múltiplos determinantes em saúde e das estratégias e intervenções psicoterapêuticas mais eficazes e adequadas, segundo a evidência científica mais atual. A revisão integrativa da literatura científica associada a uma análise crítica das fontes obtidas bem como a sua aplicação nos contextos clínicos permitiram adquirir e consolidar competências associadas ao grau de Mestre, nomeadamente no que concerne às competências de investigação científica e de pensamento crítico; bem como na possibilidade futura de colaborar na formação de novos enfermeiros (generalistas e especialistas), com base nas competências pedagógicas.

Em acréscimo, a elaboração do programa interventivo teve como base referenciais teóricos, nomeadamente o MIPE, conforme referido anteriormente; promovendo, assim, uma articulação entre a teoria e a prática de Enfermagem.

A elaboração da RIL e os resultados obtidos aliados à prática clínica e à sua aplicação em contextos clínicos reais, nomeadamente no internamento e comunidade, permitiram responder a uma necessidade em saúde identificada e contribuir para a produção de conhecimento na área da ESMP; possibilitando ganhos em saúde para os clientes, respetivas famílias e comunidade.

Permitiu também o desenvolvimento e aprimoramento da minha capacidade em transferir o conhecimento científico adquirido para a prática clínica, revelando-se essencial na promoção de cuidados de saúde seguros, eficazes e adaptados a cada indivíduo. Além disso, promoveu o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e da minha identidade enquanto profissional de saúde, influenciando positivamente a minha prática clínica nos contextos de estágio.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, teve como objetivo primordial documentar, refletir e analisar criticamente o percurso académico desenvolvido, com vista à obtenção do grau de Mestre e de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Ao longo deste ciclo de estudos, foi possível integrar conhecimento técnico-científico, consolidando competências comuns e específicas.

Creio que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos com aproveitamento, tendo sido possível descrever e refletir sobre as experiências clínicas em diferentes contextos — internamento, comunidade e unidade especializada — que contribuíram significativamente para a construção da minha identidade enquanto profissional e também pessoal. A implementação de intervenções psicoterapêuticas e o envolvimento ativo em planos de cuidados individuais permitiram o desenvolvimento de uma prática fundamentada, autónoma e centrada na pessoa, respeitando os princípios da dignidade, da empatia, do tratamento da doença mental e da promoção da saúde mental.

A articulação entre a teoria e a prática clínica revelou-se essencial no desenvolvimento e consolidação das minhas competências enquanto futura EEESMP, com maior foco na promoção da saúde mental e na recuperação da doença mental e sua prevenção. A experiência adquirida ao longo do ciclo de estudos possibilitou não só a aquisição de competências técnicas, mas também o desenvolvimento pessoal, através do autoconhecimento e da autoconsciência. Estes elementos revelaram-se particularmente relevantes no trabalho com populações vulneráveis, frequentemente afetadas pelo estigma social associado à doença mental.

Assim, considero que o percurso académico desenvolvido se constituiu como uma oportunidade única e importante de crescimento a nível académico, profissional e pessoal.

A conclusão deste percurso académico representa, portanto, mais do que o cumprimento de um objetivo académico – simboliza, acima de tudo, um crescimento, desenvolvimento e transformação pessoal e profissional. Durante a realização dos ENP, fui desafiada e também me desafiei a confrontar as minhas crenças, fragilidades, limites, sentimentos e emoções, em concomitância com o desenvolvimento das competências para a obtenção do grau de Mestre e Especialista.

Cada intervenção psicoterapêutica realizada, cada relação terapêutica construída e cada momento vivenciado ao longo do ciclo de estudos foram não só oportunidades de cuidar e exercer Enfermagem, como também de crescer enquanto profissional e pessoa singular.

Cresci, enquanto profissional, mas também como pessoa, no olhar clínico, na empatia, na capacidade de estar verdadeiramente presente para o outro, mesmo nos contextos e situações clínicas mais difíceis e repletas do maior sofrimento psíquico.

Considero também que a prática clínica se revelou, muitas vezes, como um espelho, refletindo não só o que eu via nos outros, mas também aspetos de mim própria que exigiram autorreflexão, autoconhecimento e autoconsciência. Posto isto, julgo-me mais preparada e competente para intervir no âmbito da relação terapêutica, enquanto EEESMP.

Concluir este Mestrado é, portanto, reconhecer um percurso trilhado de desafios, aprendizagens, dúvidas e quiçá conquistas. Saio desta etapa da minha vida com uma consciência mais clara do meu papel enquanto profissional, mas também com a certeza de que este é apenas o início de um compromisso contínuo e de um caminho longo na área da saúde mental e psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2022). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5-TR (Washington: American Psychiatric Association, Ed.; 5a Edição).
- Ati, N., Paraswati, M., & Heni, W. (2020). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. de A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Cardoso, A. M. P. (2008). O insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*, 20(2), 347–356.
- Curado, A. (2023a). *Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio*. Instituto Politécnico de Setúbal; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Curado, A. (2023b). *Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio*. Instituto Politécnico de Setúbal; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Decreto-Lei no 161/96 de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei no 104/98 de 21 de Abril). (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- Elrefaay, S., & Shalaby, M. (2019). Suicide Among Psychiatric Patients and Nursing Roler: A Literature Review. *Journal of Nursing and Women's Health*, 3(1). <https://doi.org/10.29011/2577-1450.100156>
- Façanha, J. D. N., & Santos, J. C. P. dos. (2018). Avaliação de risco de suicídio: índice NGASR, versão portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Guimarães, M. S. de F., & Silva, L. R. da. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem.

<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

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

Mafalda Silva. (2020). Questões Éticas em Saúde Mental. In Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 38–41).

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. de O., & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 228–233. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000200016>

Mourinho, J. (2022). Ideação Suicida: Avaliar, prevenir, intervir e cuidar - Intervenção do Enfermeiro Especialista na Comunidade. Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal.

Neto, D., & Nóbrega, M. (1999). Holismo nos Modelos Teóricos de Enfermagem. *R. Bras. Enferm.*, 52(2), 233–242.

Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). Escala Toulousiana de Coping - Reduzida: Manual Técnico de Utilização.

Oliveira, L. M. N. de, Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143–158. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). PARECER CJ 279/2014.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento no 140/2019, de 6 de fevereiro.

Peplau, H. (1990). Fases de las relaciones enfermera-paciente. In Salvat (Ed.), *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* (pp. 15–35).

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (1a Edição). Ordem dos Enfermeiros.

Santos, J. C. P. dos, Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. de A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. da. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>

Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica (Lidel, Ed.).

Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 06–08.

Simões, R., Santos, J., Gonçalves, A., & Sequeira, C. (2020). Comportamento Autodestrutivo. In *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 141–146).

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (Lusociência, Ed.).

Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., & Silva, S. F. (2021). *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde*.

Veiga, F. A. da, Andrade, J., Garrido, P., Neves, S., Madeira, N., Craveiro, A., Santos, J. C., & Saraiva, C. B. (2014). IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 35(2), 65–72.

Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (Edições Sílabo, Ed.; 3a Edição).

World Health Organization. (2023). Suicide. 28.08.2023. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

ANEXOS

ANEXO I – ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO (IRIS)

Retirado de Façanha & Santos (2018); Veiga et al.(2014).

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
- **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA

- **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos)
- **Plano suicida**

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice

SCORE TOTAL

ANEXO II – FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES MAIS IMPORTANTES

Retirado de Valadas et al. (2021).

FATORES DE RISCO	SIM / NÃO / NÃO APLICÁVEL
Existência de ideação, intenção e plano de suicídio	
Acesso a meios letais	
Tentativas de suicídio prévias	
Sexo masculino	
Idade > 45 anos	
Viúvos, divorciados e solteiros	
Antecedentes de doença psiquiátrica	
Doença psiquiátrica de novo/descompensada (depressão, doença bipolar, psicose)	
Abuso de álcool e/ou substâncias psicoativas	
Desesperança	
Traços disfuncionais de personalidade, incluindo impulsividade	
Doença física terminal ou incapacitante	
História familiar de suicídio e/ou doença psiquiátrica	
Perda de suporte social e isolamento	
Perda recente marcante (luto, desemprego, perda material ou de estatuto)	
Exposição a suicídio	
População específica (população LGBTI, pessoas em situação de sem-abrigo, população prisional, profissionais de saúde, força de segurança, trabalhadores do sexo, sobreviventes)	
FATORES PROTETORES	SIM / NÃO / NÃO APLICÁVEL
Ausência de doença mental	
Emprego	
Filhos em casa	
Sentido de responsabilidade pela família	
Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio	
Satisfação com a vida	
Estratégias de coping	
Capacidade de resolução de problemas	
Bom suporte social	
Boa relação terapêutica	
Acesso aos cuidados de saúde	

ANEXO III – SINAIS DE ALARME

Retirado de Valadas et al. (2021).

SINAIS DE ALARME	SIM / NÃO / NÃO APLICÁVEL
Discurso “suicida” com mensagens implícitas ou explícitas	
Mudanças súbitas de comportamento (impulsividade, comportamentos de risco, isolamento social)	
Alterações do sono ou do apetite	
Acontecimentos de vida recentes experienciados como humilhantes (por exemplo, desemprego recente, perda económica ou de estatuto social)	
Dificuldades de concentração	
Perda de interesse pelas atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, atividades sociais, desporto, etc.)	
Sentimentos persistentes de culpa	
Autocriticismo e desesperança	
Abuso de álcool e outras substâncias	
Doação de bens pessoais significativos	

ANEXO IV – PLANO DE SEGURANÇA

Retirado de Valadas et al. (2021).

PLANO DE SEGURANÇA	
Passo 1: Sinais de Alarme (pensamentos, imagens, situações, comportamentos...) desenvolvidos durante a crise.	
1.	
2.	
3.	
Passo 2: Estratégias internas de coping - coisas que eu posso para tirar meus pensamentos de problemas sem entrar em contato com outra pessoa (técnica de relaxamento, atividade física, etc.).	
1.	
2.	
3.	
Passo 3: Pessoas e situações sociais que me podem distrair na crise.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Lugar:	
Lugar:	
Passo 4: Pessoas a quem posso pedir ajuda.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Passo 5: Profissionais ou serviços que eu posso contactar durante uma crise.	
Nome do profissional:	Contacto:
Nome do profissional:	Contacto:
Serviço de Urgência local:	
Morada:	
Contacto:	
Linhas de apoio	
N.º Nacional de emergência médica: 112	
SNS24: 808 24 24 24	
Outra:	
Passo 6: Tornar o ambiente seguro.	
1.	
2.	
Algo que é importante para mim e pelo qual vale a pena viver é:	

ANEXO V – ESCALA ETC-R

Retirado de Nunes et al. (2014).

ANEXO – Escala ETC-R (18 itens) (Nunes, O., Hipólito, J., Brites, R., Pires, M.)

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável. Depois de ter escolhido uma situação difícil (que esteja ou não a viver atualmente), que lhe diga respeito a si e que seja angustiante ou stressante, descreva-nos a forma como reage habitualmente a essa situação. Encontrará 5 números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta: de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Na primeira linha escreva a situação difícil que escolheu. Em seguida marque com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reação que costuma ter face a essa situação. Tente responder a todas as frases, tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil escolhida: _____

		1= Nunca	5= Muito Frequentemente				
1	Enfrento a situação		1	2	3	4	5
2	Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer		1	2	3	4	5
3	Tento não pensar no problema		1	2	3	4	5
4	Evito encontrar-me com pessoas		1	2	3	4	5
5	Mudo a minha forma de viver		1	2	3	4	5
6	Analiso a situação para melhor a compreender		1	2	3	4	5
7	Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto		1	2	3	4	5
8	Procuro atividades coletivas		1	2	3	4	5
9	Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar		1	2	3	4	5
10	Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades		1	2	3	4	5
11	Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita		1	2	3	4	5
12	Reajo como se o problema não existisse		1	2	3	4	5
13	Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade		1	2	3	4	5
14	Afasto-me dos outros		1	2	3	4	5
15	Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema		1	2	3	4	5
16	Digo a mim próprio que este problema não tem importância		1	2	3	4	5
17	Centro-me noutras atividades para me distrair		1	2	3	4	5
18	Reflico nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema		1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Estudo de Caso Clínico

Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes

Relatório de Estágio

**CICLO DE ESTUDOS: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Vila Nova de Famalicão, Janeiro de 2025

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes

**Estudo de Caso Clínico
Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo**

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professor Mestre e Doutorando Luís Silva

Relatório de Estágio

**CICLO DE ESTUDOS: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificada, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros/as autores/as foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

bpm – Batimentos por Minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EN – Escala Numérica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

ICN – International Council of Nurses

MIPE – Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

mmHg – Milímetro de Mercúrio

OT – Orientação Tutorial

RAF – Relação de Ajuda Formal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. PERTURBAÇÃO BIPOLAR.....	2
2. EPISÓDIO DEPRESSIVO.....	2
PARTE II – PROCESSO DE ENFERMAGEM	4
1. CASO CLÍNICO	4
2. AVALIAÇÃO INICIAL.....	6
3. FOCOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	9
4. PLANO DE CUIDADOS	11
5. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS	20
5.1. RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL.....	20
5.2. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	26
5.3. RELAXAMENTO	33
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	39
ANEXO I – Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor	40
ANEXO II – Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão.....	41
ANEXO III – Indicador NOC de Resultado para Cognição	42
ANEXO IV – Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade.....	43
ANEXO V – Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade	44
ANEXO VI – Indicador NOC de Resultado para Sono.....	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de cuidados.....	11
Quadro 2 – Relação de Ajuda Formal.....	22
Quadro 3 – Reestruturação Cognitiva.....	26
Quadro 4 – Relaxamento.....	33

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular do Estágio I, integrante no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA) – Instituto Politécnico do Norte.

O seu objetivo primordial consiste na exploração de um caso clínico de uma cliente internada num serviço de Psiquiatria pertencente a um hospital da região Norte de Portugal. A exploração do caso clínico tem como base a elaboração de um processo de enfermagem, desde a avaliação inicial até à planificação de cuidados, com ênfase no planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas que coadunam com o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP).

A metodologia utilizada durante a elaboração do estudo de caso é descritiva e reflexiva, em que utilizarei como estratégias a revisão bibliográfica, a discussão com o docente e outros elementos durante as sessões de Orientação Tutorial (OT) no decorrer do estágio curricular.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira parte abrange um enquadramento teórico sobre a patologia da cliente em estudo, de forma detalhada, em particular da perturbação bipolar com foco no episódio depressivo.

A segunda parte debruça-se sobre a análise do caso clínico, que engloba a avaliação inicial efetuada em contexto de estágio, a identificação dos focos e definição de diagnósticos de enfermagem, bem como a planificação dos cuidados e, conseqüentemente, das intervenções psicoterapêuticas, que foram realizadas no decorrer do estágio e com a cliente em questão.

A redação deste trabalho académico rege-se pelo novo acordo ortográfico e as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição. Por fim, também se rege pelas diretrizes descritas no Guia de Normalização Técnico-Científica em vigor na ESSVA.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A primeira parte do presente trabalho encontra-se segmentada em dois capítulos.

O primeiro capítulo debruça-se sobre a perturbação bipolar, dado que é a patologia psiquiátrica diagnosticada na cliente sobre a qual o estudo de caso clínico incide.

Seguidamente, o segundo capítulo centra-se no episódio depressivo, pelo qual a cliente se encontra a vivenciar no preciso momento.

1. PERTURBAÇÃO BIPOLAR

A perturbação bipolar é parte integrante das perturbações do foro do humor e subdivide-se em várias tipologias, segundo o DSM-5-TR, nomeadamente: perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica, perturbação bipolar induzida por substância/medicamento, perturbação bipolar devida a outra condição médica, perturbação bipolar com outra especificação e perturbação bipolar não especificada (American Psychiatric Association, 2022).

A perturbação bipolar, apesar das variadas tipologias descritas acima, divide-se em dois grupos principais, o tipo I e o tipo II (American Psychiatric Association, 2022).

Assim, a perturbação bipolar I requer, pelo menos, um episódio maníaco ao longo da vida, podendo ser precedido e/ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivo major.

Por outro lado, a perturbação bipolar II requer, pelo menos, um episódio hipomaníaco ao longo da vida, podendo ser precedido e/ou seguido por episódio depressivo major (American Psychiatric Association, 2022).

2. EPISÓDIO DEPRESSIVO

O episódio depressivo, inserido na perturbação bipolar I e II, é caracterizado pela presença de humor depressivo na maior parte do dia, através da experiência relatada pelo cliente ou por observação de outros. Para além disso, engloba uma diminuição e perda de interesse ou prazer em atividades do dia; perda de peso ou aumento de peso significativos associados a perda ou aumento de apetite na maior parte dos dias (American Psychiatric Association, 2022).

Em acréscimo, o cliente pode apresentar insónia inicial, intermédia ou final bem como hipersónia na maioria dos dias. Encontra-se, de igual forma, associado ao episódio depressivo, a agitação ou lentificação psicomotora na maioria dos dias, sendo observável

pelos outros e não através de experiência relatada pelo cliente (American Psychiatric Association, 2022).

Pode apresentar também fadiga ou perda de energia na maior parte dos dias bem como sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva (American Psychiatric Association, 2022).

Por fim, o cliente num episódio depressivo, pode apresentar também diminuição da capacidade cognitiva, nomeadamente, no domínio do pensamento e da concentração; e pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida com ou sem plano de suicídio estruturado e tentativa de suicídio (American Psychiatric Association, 2022).

A sintomatologia depressiva na perturbação bipolar pode provocar mal-estar clinicamente significativo e défice no funcionamento normal do cliente, podendo ser necessário recorrer a internamento, como medida terapêutica (American Psychiatric Association, 2022).

PARTE II – PROCESSO DE ENFERMAGEM

A segunda parte do presente trabalho encontra-se segmentada em cinco capítulos.

O primeiro capítulo explana o caso clínico que deu origem ao estudo de caso, de uma cliente internada no serviço de Psiquiatria onde o Estágio I decorreu. Seguidamente, o segundo capítulo diz respeito à avaliação inicial da cliente em questão, segundo o formulário cedido pela ESSVA.

O terceiro capítulo aborda os focos e diagnósticos de Enfermagem identificados bem como a sua pertinência para o planeamento dos cuidados prestados ao longo do estágio curricular. Assim, o quarto capítulo foca-se no planeamento de cuidados, segundo linguagem CIPE. E, por último, o quinto capítulo retrata o planeamento das intervenções psicoterapêuticas efetuadas ao longo do estágio e sob a orientação das Enfermeiras Monitoras.

1. CASO CLÍNICO

A Sr.^a A.M.L., de 56 anos, é divorciada e possui dois filhos, de 26 e 21 anos.

Mantém contacto amigável com o seu ex-marido. Possui 5 irmãos com quem mantém relação próxima, segundo a cliente. Refere que o seu pai faleceu quando esta tinha 19 anos e que a sua mãe faleceu quando tinha 34 anos.

Reside sozinha e trabalha como Oficial de Justiça.

Possui antecedentes de acompanhamento psiquiátrico desde 2013 e com internamento psiquiátrico em 2017 por ideação suicida.

Diagnosticada desde 2013 com Perturbação Bipolar.

Nega antecedentes familiares a nível psiquiátrico.

Recorreu a uma Unidade de Psiquiatria de um hospital da região Norte de Portugal por apresentar agravamento de sintomatologia depressiva.

Refere, portanto, agravamento progressivo nos últimos meses que associa com várias situações, nomeadamente, a cirurgia ginecológica, a mudança de casa e a sobrecarga laboral.

Descreve dificuldade em tomar decisões no trabalho, mesmo de tarefas simples e que já fez várias vezes, acrescentando “no trabalho, tornei-me mesmo um zero” (sic).

Para além disso, refere dificuldades em se organizar em casa, tristeza, desânimo, falta de energia, apatia e insónia de predomínio inicial. “Sinto-me desesperada, no fundo do poço, não sei como vou sair deste estado” (sic).

Revela que sente desespero face à sua situação de vida atual. “Sinto que o futuro será igual a isto, que este sentimento de desesperança e tristeza nunca vai passar” (sic).

À observação, a cliente apresenta um aspecto pouco investido e diferente da sua idade real, aparentando maior idade. Apresenta lentificação psicomotora e tremor na mão direita. Em acréscimo, apresenta orientação auto e alopsíquica; com discurso lógico, coerente e adequado. Sem atividade delirante e/ou alucinatória.

Fica internada no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos a 9 de Novembro com o diagnóstico médico de Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo.

2. AVALIAÇÃO INICIAL



AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Identificação e caracterização

Nome: A.M.L. Idade: 56
 Data de Nascimento: 26 / 04 / 1968 Género Feminino Estado Civil: Divorciada
 Núcleo familiar/idades: 2 filhos de 26 e 21 anos
 Pessoa de Referência (parentesco): I. (Irmã) Contacto: _____
 Local de Residência: Região Norte de Portugal Tipo de habitação: Casa nuclear
 Nacionalidade: Portuguesa Religião/Etnia: Católica
 Profissão e Situação laboral: Oficial de Justiça - atualmente no cargo
 Habilitação literária: Licenciatura

História Psiquiátrica

Motivo de observação: Sintomatologia Depressiva Proveniência: Hospital da Região Norte de Portugal
 Queixa principal: Tristeza Diagnóstico clínico: Perturbação Bipolar com Episódio Depressivo
 Tipologia de encaminhamento: Compulsivo **Voluntário** Persuadido/Motivado
 História da queixa atual/motivo de observação:
 Como surgiu: Recorre por agravamento da sintomatologia depressiva.
 Duração e desenvolvimento dos sintomas: Sintomas depressivos surgiram a partir de Junho, associados à mudança de casa, sobrecarga laboral e cirurgia ginecológica.
 Funcionalidade (Gravidade): Descreve dificuldade em tomar decisões e em executar tarefas simples e laborais.
 Eventos atuais psicossociais relevantes: Expressa tristeza, apatia, insónia e falta de energia.
 Antecedentes Psiquiátricos:
 Acompanhamento: Desde 2013. Adesão a consultas: Sim Não
 Internamentos anteriores (tipologia, duração e tratamento): Internamento em 2017 por ideação suicida.
 Medicação habitual: VPA 500 mg; Zolopina 25 mg; Cariprazina 3 mg; Lorazepam 1 mg; Victan em SOS.
 Adesão terapêutica: Sim Não Reações adversas: _____
 Injetável de longa duração? Não. Data da última administração: / /
 Comportamentos de risco: Suicidário Ideação-suicida Auto-lesivo Impulsivo Agressivo
 Abuso de Substâncias Não Sim Tabaco Álcool Drogas
 Antecedentes de doença psiquiátrica familiar/ rede social: Sem antecedentes.
 Padrão de sono (horas): 5 Alterações do sono: Privação Hipersónia Insónia
Inicial Intermediária/final) SAOS Narcolepsia Pesadelos Sonambulismo
 Medidas terapêuticas: Farmacológicas Diazepam 5 mg em SOS Não Farmacológicas

História Pessoal

Domínios Gerais de Problemas:

Figuras de referência: I. (irmã) Grupo de Pares: Colegas de Caminhada
 Ambiente social: Colegas de Trabalho e Caminhada Educacionais: Pais

Relações (Duração/Sentimentos):

Pessoas: Filhos, irmãos e ex-marido. Instituições: Local de trabalho.

Mecanismos de coping: Internalização Externalização

Elementos positivos: Negativos:

Aspetos emocionais: Comportamento:

Dinâmica cognitivo-comportamental:

Distorções do Pensamento: Filtro mental; catastrofização; predição do futuro; rotulagem.

Pensamentos automáticos:

Eventos de vida marcantes: Pré-Natal: 1ª infância: Infância: Adolescência e início da idade adulta: Idade adulta:

Obs. Falecimento do pai na adolescência; falecimento da mãe na idade adulta; nascimento dos filhos na idade adulta; divórcio na idade adulta.

Exame do Estado Mental

Aparência: Idade real vs. aparente Alterada. Vestuário ^{Sem compromisso} Autocuidado ^{Sem compromisso}

Atitude: Facies: Tristeza. Contacto ocular: Presente.

Colaborante Ajustado Manipulador Hostil Desconfiado Tenso/ansioso
 Retraído/Reservado Expansivo Desinibido Exibicionista Defensivo Infantil

Comportamento e atividade psicomotora: Sem alteração /// Hipoatividade: Acinesia
 Hipocinesia Abulia Catalepsia Flacidez Estupor /// Hiperatividade:
 Hipercinesia Inquietação Acatisia Agitação psicomotora Agressividade
 Estereotípias Tiques Sinais de abstinência

Discurso: Fluxo: Bradilália Taquilália Ecolália Afasia Disfasia Logorreia
 Mutismo /// Conteúdo: Coprolália Neologismo /// Construção: Verbigeração
 Perseveração Salada de palavras Disgrafia

Humor: Eufímio Depressivo Disfórico Eufórico Ansioso Lábil

Afeto: Incongruente Pobreza afetiva Rigidez afetiva Embotamento
 Insensível Aplanamento afetivo Ambivalência Labilidade afetiva Tenacidade
 afetiva Incontinência afetiva

Pensamento: Alt. curso: Bradipsiquismo Taquipsiquismo Bloqueio Inibição Espontâneo Alt. formais: Circunstancialidade Tangencialidade Fuga de Ideias Afrouxamento de associações Salada de palavras Incoerência do pensamento Alt. conteúdo: Delírios Obsessões Fobias Ideação violenta (Suicídio/Homicídio) Obs.: _____

Percepção: Pseudo-alucinações Alucinações _____ Ilusões Alt. de personalização Alt. de desrealização Agnosia

Insight e Juízo crítico: Insight e juízo crítico preservados.

Autocontrolo: Sem compromisso/alterações.

Cognição: Score Mini Mental Test: 30 Conclusão: Cognição preservada.

Orientação: Autopsíquica Alopsíquica Estado de Consciência: Vigil Confuso Obnubilado Estupuroso Atenção: Inatenção Distração Captável Conservada Alt. memória: _____ Anmésia: Imediata Anterógrada Retrógrada Lacunar Remota Paramnésia de recordação Paramnésia de reconhecimento Alt. memória recente

Avaliação de Riscos

Risco Suicídio Comportamento autolítico Auto-agressão Hetero-agressão Fuga Abandono Assédio Abuso sexual Alt. alimentar Dispositivos médicos Infecção Obs. _____

Avaliação dos Sistemas

Antecedentes pessoais: Cirurgia ginecológica por tumor benigno.

Alergias: Desconhece. **Uso de próteses:** Ocúlos.

Acuidade visual: Diminuída. **Acuidade auditiva:** Sem alterações.

Dependência no autocuidado: Independente.

Sistema respiratório: Sem alterações. **Sistema gastrointestinal:** Sem alterações.

Sistema cardiovascular: Sem alterações. **Sistema endócrino:** Sem alterações.

Sistema genito-urinário: Sem alterações. **Sistema sensório-motor:** Sem alterações.

Sistema tegumentar: Sem alterações.

Antecedentes familiares: Sem antecedentes de relevo.

Sinais Vitais: Tensão arterial: 122/74 mmHg Frequência cardíaca: 96 bpm

Frequência respiratória 17 Temperatura: 36,1 °C Dor: 0 (EN 0-10) SpO2(%) 100

Peso: 71 kg Altura: 1,65 m IMC: 26,1 kg/m²

3. FOCOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, serão abordados os focos de Enfermagem e os diagnósticos de Enfermagem identificados no estudo de caso clínico em questão.

A elaboração dos focos, diagnósticos e planos de cuidados de Enfermagem têm como base a linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na versão mais recente de 2019 do International Council of Nurses (ICN).

A cliente, diagnosticada com Perturbação Bipolar, encontra-se internada por apresentar um episódio depressivo.

Assim sendo, esta apresenta um humor persistentemente depressivo, evidenciando tristeza, apatia, diminuição e/ou falta de energia que se vem agravando ao longo do tempo. Para além disso, apresenta bradilália e fácies de tristeza, pelo que se optou por identificar o foco “Humor” e o diagnóstico “Humor depressivo”.

Segundo a CIPE (versão 2019), o humor depressivo define-se como uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (International Council of Nurses, 2019).

Para além do humor depressivo, a cliente apresenta um estado ansioso relacionado com a sua dificuldade em tomar decisões simples associadas a problemas situacionais da sua vida, à sobrecarga laboral e à vivência de uma cirurgia ginecológica.

Associada à dificuldade em tomar decisões, a cliente apresenta também dificuldade em encontrar soluções realistas face aos seus problemas, evidenciando distorções cognitivas que potenciam o seu estado ansiogénico, uma vez que demonstra sentimentos de perigo e angústia face ao seu estado presente e futuro. Portanto, foi identificado o foco “Ansiedade” e o diagnóstico “Ansiedade presente”, sendo que segundo a CIPE (versão 2019), a ansiedade consiste numa “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (International Council of Nurses, 2019).

Seguidamente, a cliente relata experiência de insónia com predominância inicial, sendo que necessita de recorrer a medidas farmacológicas para induzir o sono; o que provoca um compromisso na sua qualidade e padrão de sono, pelo que se torna relevante identificar o foco “Insónia” e atuar no diagnóstico “Insónia [inicial] presente”. Assim, segundo a CIPE (versão 2019), a insónia consiste no “sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os episódios de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional,

ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas” (International Council of Nurses, 2019).

Por último, o coping foi identificado como foco e, conseqüentemente, como diagnóstico de Enfermagem “Coping comprometido”, dado que, segundo a CIPE (versão 2019), consiste numa “atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (International Council of Nurses, 2019), algo que se encontra em compromisso na cliente.

O coping da cliente é ineficaz e encontra-se comprometido, uma vez que esta apresenta dificuldade em tomar decisões, a nível pessoal e profissional; bem como dificuldade em encontrar soluções que deem resposta aos seus problemas; o que lhe provoca alterações a nível do humor, deprimindo-o, e potenciando um aumento do seu estado ansioso. Como tal, torna-se fulcral potenciar o funcionamento máximo da cliente no domínio do conhecimento e das capacidades face ao seu processo de coping e estratégias eficazes.

A capacitação da cliente face ao seu processo de coping e estratégias pode concorrer para a melhoria do seu humor depressivo e da sua ansiedade, produzindo melhorias de forma consecutiva no seu padrão de sono, reduzindo a incidência de insónia, por exemplo.

O planeamento de cuidados de Enfermagem visa não só a melhoria da cliente e a alteração do seu *status* bem como a preparação para a alta, através da capacitação da mesma no domínio do conhecimento e da capacidade face à sua condição clínica.

Assim, as intervenções de Enfermagem bem como as intervenções psicoterapêuticas, para além dos objetivos definidos na elaboração do plano de cuidados, apresentam um objetivo primordial em comum que, neste caso, se trata da melhoria do estado de saúde da mesma com foco na sua alta clínica.

É crucial que no estabelecimento da relação terapêutica e que na implementação dos cuidados de Enfermagem se vá preparando a cliente com foco na alta clínica, na medida em que se deve capacitar a cliente para se tornar independente e por forma a atingir o seu potencial e funcionamento máximo; bem como para o fim da relação terapêutica.

4. PLANO DE CUIDADOS

Quadro 1 – Plano de Cuidados

Foco: Humor				
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Sr.ª A.M.L. refere sentimentos de tristeza persistente, pelo menos, desde Julho de 2024. • A Sr.ª A.M.L. refere “sinto-me desesperada, no fundo do poço, não sei como vou sair deste estado” (sic). • A Sr.ª A.M.L. refere “sinto que o futuro será igual a isto, que este sentimento de desesperança nunca vai passar” (sic). • A Sr.ª A.M.L. refere que praticava caminhada com o seu grupo de amigos, sendo que abandonou a atividade quando se começou a sentir triste em Julho de 2024. • A Sr.ª A.M.L. refere “sinto-me inútil no trabalho, já não consigo produzir como produzia antes... não tenho utilidade nenhuma” (sic). • A Sr.ª A.M.L. refere “perdi a vontade de fazer caminhadas, de sair com as minhas amigas, de trabalhar...” (sic). • Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor (ANEXO I): score de 80 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão (ANEXO II): score de 92 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Cognição (ANEXO III): score de 55 pontos. 				
<p>Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo</p> <p>Segundo a CIPE (versão 2019), o humor depressivo define-se como uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (International Council of Nurses, 2019).</p>				
Resultado de Enfermagem esperado: Humor depressivo diminuído				
Objetivo: Melhorar o humor depressivo.				
Início:	Intervenções de Enfermagem:	Atividades de Enfermagem:		Termo:

n.d. (não definido)	Ensinar sobre humor depressivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente sobre o conceito de humor e a distinção entre humor, humor eufórico e humor depressivo; • Ensinar à cliente sobre a importância do equilíbrio do humor e a sua estabilização; • Ensinar à cliente sobre sinais e sintomas de alterações do humor. 	Horário: M/T	n.d.
	Executar [reestruturação cognitiva].	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (MIPE). 		
	Executar [relação de ajuda formal].	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o MIPE. 		
	Providenciar apoio emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar apoio emocional à cliente, através do estabelecimento e manutenção de uma relação interpessoal terapêutica, com uso de técnicas de comunicação verbal e não-verbal, apoiando-a através da escuta ativa e demonstrando receptividade e abertura. 		
	Executar [escuta ativa].	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar interesse pela experiência da cliente; • Demonstrar empatia pela experiência da cliente; • Adequar o ambiente e a comunicação, possibilitando um setting de comunicação terapêutica adequado. 		
	Treinar [competências] sociais.	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar competências comunicativas; • Treinar a assertividade; • Treinar competências de relação interpessoal. 		
	Vigiar equilíbrio de humor.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor e Nível de Depressão. 		

Critérios de Resultado:

- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score de 92 pontos.
- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 129 pontos.
- Manutenção do score do Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 55 pontos.
- Melhoria do humor com estabilização do humor e status de humor positivo.

Foco: Ansiedade

Atividades de Diagnóstico:

- A Sr.^a A.M.L. apresenta ansiedade e sentimentos de angústia relacionados com a cirurgia ginecológica a que foi submetida, com a
- A Sr.^a A.M.L. refere que “no trabalho, tornei-me mesmo um zero...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo controlar-me quando fico mais ansiosa, a cabeça não para, sinto-me a sufocar” (sic).
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (ANEXO IV): score de 88 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (ANEXO V): score de 34 pontos.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente

Segundo a CIPE (versão 2019), a ansiedade consiste numa “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (International Council of Nurses, 2019).

Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida

Objetivo: Reduzir a ansiedade; Melhorar autocontrolo da ansiedade.

Início: n.d. (não definido)	Intervenções de Enfermagem:	Atividades de Enfermagem:	Horário: M/T	Termo: n.d.
	Providenciar apoio emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar apoio emocional à cliente, através do estabelecimento e manutenção de uma relação interpessoal terapêutica, com uso de técnicas de comunicação verbal e não verbal, apoiando-a através da escuta ativa e demonstrando receptividade e abertura. 		
	Ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente sobre a importância da higiene do sono na redução da ansiedade; • Ensinar à cliente que deve diminuir a estimulação sensorial e o contacto com atividades estimulantes; • Ensinar à cliente que deve evitar bebidas estimulantes que possam induzir o aumento de estados do foro ansioso; • Ensinar à cliente sobre a importância de técnicas de autocontrolo na redução da ansiedade, como p.e., técnica de relaxamento muscular progressivo e a técnica de respiração; • Ensinar à cliente sobre a importância de praticar atividade física que auxilia na melhoria e estabilização do humor e, consequentemente, na redução de quadros ansiosos; • Ensinar à cliente sobre a importância de manter a sua rotina organizada, com recurso p.e. a uma agenda, o que poderá ser indutor na diminuição de estados ansiosos, relacionados com a sobrecarga laboral e a organização na mudança de casa. 		

	Executar [relação de ajuda].	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o MIPE. 		
	Executar [reestruturação cognitiva].	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o MIPE. 		
	Executar técnica de relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o MIPE. 		
	Ensinar técnica de relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente a técnica de relaxamento, como p.e. a técnica de respiração e a técnica de relaxamento muscular progressivo para que esta possa implementá-las de forma autónoma, como indutoras de sono. 		
	Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente técnicas de autocontrolo para redução da ansiedade, como p.e. a técnica de respiração e a técnica de relaxamento muscular progressivo para que esta possa implementá-las de forma autónoma, com o objetivo de reduzir a ansiedade. 		
	Treinar técnica de autocontrolo de ansiedade.			
	Vigiar ansiedade.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. 		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução da ansiedade e melhoria do estado ansioso. • Melhoria do autocontrolo da ansiedade. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: score de 110 pontos. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade: score de 51 pontos. 				

Foco: Insónia				
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Sr.^a A.M.L. apresenta humor depressivo. • A Sr.^a A.M.L. refere que o seu sono não é reparador na maioria dos dias, tendo necessidade de solicitar medicação para iniciar o sono. • A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic). • A Sr.^a A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic). • Indicador NOC de Resultado para Sono (ANEXO VI): score de 48 pontos. 				
<p>Diagnóstico de Enfermagem: Insónia [inicial] presente</p> <p>Segundo a CIPE (versão 2019), a insónia consiste em “sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os episódios de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas” (International Council of Nurses, 2019).</p>				
Resultado de Enfermagem esperado: Insónia melhorada				
Objetivo: Melhorar a insónia; Diminuir a insónia.				
Início: n.d. (não definido)	Intervenções de Enfermagem:	Atividades de Enfermagem:	Horário: M/T/N	Termo: n.d.
	Avaliar insónia.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar insónia quanto à tipologia. 		

	Ensinar sobre padrão de sono.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente sobre padrão de sono; a importância do padrão de sono e cumprimento de horários para dormir e acordar; a importância da higiene do sono (como p.e. diminuir a estimulação sensorial e reduzir a atividade horas antes de se deitar). • Ensinar à cliente que deve diminuir a estimulação sensorial e reduzir a atividade horas antes de se deitar; • Ensinar à cliente que deve ingerir bebidas mornas antes de se deitar que potenciam o sono (como p.e. leite ou chá); • Ensinar à cliente que não deve consumir produtos com cafeína no período noturno; • Ensinar à cliente que deve reduzir as luzes acesas durante o período noturno, propiciando um ambiente acolhedor. • Ensinar à cliente que deve reduzir o tempo de ecrã em aparelhos eletrónicos durante o período noturno. 		
	Facilitar sono positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Em contexto de internamento, o EESMP deve implementar as orientações descritas acima, promovendo um padrão de sono e higiene de sono adequados, facilitando o sono positivo. 		
	Executar técnica de relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o MIPE. 		
	Ensinar técnica de relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente a técnica de relaxamento, como p.e. a técnica de respiração e a técnica de relaxamento muscular progressivo para que esta possa implementá-las de forma autónoma, como indutoras de sono. 		
	Vigiar sono.	<ul style="list-style-type: none"> • Em contexto de internamento, o EESMP deve vigiar o sono da cliente, avaliando o número de horas, a qualidade do sono e o cumprimento do padrão de sono e higiene do sono. 		
	Gerir regime medicamentoso.	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir medicação hipnótica e/ou indutora de sono em SOS 		

<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do padrão de sono e qualidade de sono da cliente. • Redução/cessação do número de episódios de insónia. • Experiência de sono adequado relatada pela cliente e através da vigilância em contexto de internamento. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Sono: score de 59 pontos. 				
<p>Foco: Coping</p>				
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Sr.ª A.M.L. refere um agravamento da sintomatologia depressiva associada a várias situações do seu quotidiano, tais como, a cirurgia ginecológica, a mudança de casa e a sobrecarga laboral. • A Sr.ª A.M.L. refere não conseguir lidar com os problemas que vão surgindo na sua vida por falta de estratégias e soluções. • A Sr.ª A.M.L. refere ter dificuldade em encontrar estratégias eficazes para lidar com situações problemáticas que lhe causam stress. 				
<p>Diagnóstico de Enfermagem: Coping comprometido</p> <p>Segundo a CIPE (versão 2019), o coping consiste numa “atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (International Council of Nurses, 2019).</p>				
<p>Resultado de Enfermagem esperado: Coping efetivo</p>				
<p>Objetivo: Melhorar o coping.</p>				
<p>Início: n.d. (não definido)</p>	<p>Intervenções de Enfermagem:</p>	<p>Atividades de Enfermagem:</p>	<p>Horário: M/T</p>	<p>Termo: n.d.</p>
	<p>Avaliar processo de coping.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o processo de coping e a adoção e implementação de estratégias eficazes. 		

	Ensinar sobre estratégias de coping.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à cliente sobre estratégias de modificação/resolução da situação-problema, tais como: confronto, resolução planeada, aceitação das responsabilidades, autocontrolo e procura de suporte profissional e/ou social. • Ensinar à cliente sobre estratégias de regulação e gestão das emoções, tais como: reavaliação positiva, distanciamento e fuga/evitamento do problema. • Ensinar à cliente que mediante a sua situação-problema, a estratégia deve ser adaptada e adequada, por forma a obter melhor resultado e ser mais eficaz. 		
	Promover coping efetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover com a cliente a implementação do processo de coping, através da adoção e implementação de estratégias de coping eficazes face a situações de stress. 		
	Gerir processo de coping.	<ul style="list-style-type: none"> • Em contexto de internamento, auxiliar a cliente na gestão do seu processo de coping e na implementação de estratégias de coping eficazes. 		
	Vigiar coping.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar o processo de coping da cliente, mediante observação ou através da experiência relatada pela mesma, bem como a implementação de estratégias de coping eficazes. 		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do processo de coping da cliente. • Melhoria no domínio do conhecimento e capacidades de coping da cliente. 				

5. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS

As intervenções psicoterapêuticas têm como objetivo auxiliar o cliente na modificação comportamental, cognitiva, emocional e/ou outras características pessoais, de forma positiva, através de técnicas de psicoterapia. A intervenção psicoterapêutica deve seguir o MIPE, sendo, portanto, uma abordagem integrativa que dê resposta a um diagnóstico de Enfermagem (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2020).

No decurso do estudo de caso clínico e na implementação do plano de cuidados, surgiu a necessidade e oportunidade de implementar intervenções psicoterapêuticas como forma de desenvolver as capacidades do EEESMP, sob a orientação das Enfermeiras Monitoras. Assim, nos subcapítulos seguintes, encontra-se explanado o planeamento das intervenções psicoterapêuticas que foram implementadas à cliente, face aos seus diagnósticos de enfermagem, segundo o MIPE.

5.1. RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL

A relação de ajuda formal (RAF) consiste numa intervenção psicoterapêutica onde é estabelecida uma relação de ajuda profissional entre o EEESMP e o cliente que surge para dar resposta a um diagnóstico de Enfermagem. É centrada na pessoa e apresenta como principal objetivo potenciar as capacidades naturais da pessoa, propiciando um crescimento pessoal, permitindo ao cliente encontrar soluções face ao seu problema e com os recursos que se encontram disponíveis. O problema do cliente deve ser centrado na parte emocional e/ou relacional, por forma a que o profissional consiga dar resposta através de um foco e diagnóstico de Enfermagem (Coelho, Sampaio, & Sequeira, 2020). Assim, a RAF aplicada no presente estudo de caso visa dar resposta ao diagnóstico de Enfermagem de “Ansiedade presente” e “Humor depressivo”, tendo esta intervenção psicoterapêutica apresentado resultados positivos na cliente, dado que esta referiu queixas subjetivas de melhoria e a pontuação das escalas utilizadas também denotou melhoria significativa, havendo, portanto, uma alteração do *status* do diagnóstico, como se pode verificar no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Relação de Ajuda Formal

Foco: Ansiedade / Humor

Atividades de Diagnóstico:

- A Sr.^a A.M.L. apresenta ansiedade e sentimentos de angústia relacionados com a cirurgia ginecológica a que foi submetida, com a mudança de casa e a sobrecarga laboral.
- A Sr.^a A.M.L. refere que “no trabalho, tornei-me mesmo um zero...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo controlar-me quando fico mais ansiosa, a cabeça não para, sinto-me a sufocar” (sic).
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: score de 88 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade: score de 34 pontos.
- A Sr.^a A.M.L. refere sentimentos de tristeza persistente, pelo menos, desde Julho de 2024.
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto-me desesperada, no fundo do poço, não sei como vou sair deste estado” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto que o futuro será igual a isto, que este sentimento de desesperança nunca vai passar” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere que praticava caminhada com o seu grupo de amigos, sendo que abandonou a atividade quando se começou a sentir triste em Julho de 2024.
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto-me inútil no trabalho, já não consigo produzir como produzia antes... não tenho utilidade nenhuma” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “perdi a vontade de fazer caminhadas, de sair com as minhas amigas, de trabalhar...” (sic).
- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score de 80 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 92 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 55 pontos.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente / Humor depressivo

Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida / Humor depressivo diminuído

Objetivo: Reduzir a ansiedade; Melhorar o autocontrolo da ansiedade. / Melhorar o humor depressivo.		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	<ul style="list-style-type: none"> Executar [relação de ajuda formal] 	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentação à cliente, avaliação da cognição, nível de depressão, equilíbrio do humor, nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados. Estabelecer contacto/ligação com a cliente, questionar sobre o que despoleta a procura de ajuda e a motivação/interesse em identificar e resolver o seu problema. Clarificar expectativas face às dificuldades que foram identificadas. Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da cliente e negociar um contrato terapêutico. Propor uma estratégia de intervenção adaptada ao cliente e ao seu problema e informar sobre a intervenção psicoterapêutica proposta. Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>

		<p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Explicar em que consiste a RAF, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 2-3 vezes por semana; total de 5 sessões).• Clarificar os papéis dos intervenientes.• Clarificar e caraterizar o diagnóstico de Enfermagem ao qual a RAF irá dar resposta.• Analisar com a cliente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico).• Definir objetivos e avaliar a expectativa da cliente quanto à intervenção e orientar sobre a importância da sua participação ativa, favorecendo um clima de confiança (através de uma postura de aceitação e de não julgamento).• Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Analisar com a cliente as dificuldades de resolução de problemas, as suas causas e os meios utilizados por esta para os resolver.• Orientar a cliente na procura de estratégias de resolução de problemas.• Discutir as vantagens e desvantagens das estratégias delineadas (através de um quadro de registo).• Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.• Efetuar resumo da sessão, negociar com o cliente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa” (neste caso, o quadro de registo de estratégias), esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.
--	--	--

		<p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Rever com a cliente o registo de estratégias efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual.• Explorar, junto com a cliente, o desenvolvimento de estratégias alternativas de resolução e a sua aplicação.• Auxiliar a cliente a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos face às estratégias delineadas (neste caso, melhoria do humor e dos fatores concorrentes e redução da ansiedade).• Solicitar à cliente que selecione uma pessoa significativa que a possa ajudar na implementação das novas estratégias e incentivar o seu treino.• Permitir que a cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e insegurança face aos problemas.• Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.• Preparar a cliente para o final da intervenção.• Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar à cliente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita. • Solicitar à cliente uma avaliação da RAF que se concluiu. • Avaliar cognição, nível de depressão, equilíbrio do humor, nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade (segundo dados do indicador NOC). • Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar • Feedback acerca das sessões efetuadas. • Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para follow-up. Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo. <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ansiedade (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade). • Avaliar humor depressivo (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão e Equilíbrio do Humor). • Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição). 		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (APÊNDICE): score de 110 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Nível de Autocontrolo da Ansiedade (APÊNDICE): score de 51 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor (APÊNDICE): score de 92 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão (APÊNDICE): score de 129 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Cognição (APÊNDICE): score de 55 pontos. • A Sr.^a A.M.L. refere sentir-se menos ansiosa, principalmente no período noturno e quando confrontada com situações problemáticas. • A Sr.^a A.M.L. refere sentir menos tristeza comparativamente ao início do internamento e acrescenta já não possuir sentimentos de desesperança face ao seu futuro. • A Sr.^a A.M.L. refere “sinto que o meu humor está a melhorar, sinto que estou a sair do fundo do poço gradualmente” (sic). 		

5.2. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A reestruturação cognitiva é uma intervenção psicoterapêutica baseada na terapia cognitiva de Beck, tendo como foco principal identificar interpretações e distorções cognitivas negativas e irrealistas de um evento específico e substituí-las por interpretações e afirmações mais realistas. Assim, leva o cliente a refletir e considerar hipóteses sobre a forma como construiu uma determinada realidade, através da análise de padrões de pensamento que levam a determinadas crenças e ideias disfuncionais. Para além disso, segue o MIPE e visa dar resposta a um diagnóstico de Enfermagem, com o objetivo primordial de aliviar o sofrimento psicológico do cliente por alteração do padrão de pensamento e promoção de um funcionamento cognitivo desejável (Santos, Gonçalves, Sequeira, & Curto, 2020). A reestruturação cognitiva aplicada neste estudo de caso tem como objetivo reduzir a ansiedade, melhorar o autocontrolo da ansiedade e melhorar o humor depressivo, dando resposta ao diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade presente” e “Humor depressivo”. Assim sendo, é possível verificar no **Quadro 3** que houve uma melhoria do *status* da cliente após a intervenção psicoterapêutica.

Quadro 3 – Reestruturação Cognitiva

Foco: Ansiedade / Humor

Atividades de Diagnóstico:

- A Sr.^a A.M.L. apresenta ansiedade e sentimentos de angústia relacionados com a cirurgia ginecológica a que foi submetida, com a mudança de casa e a sobrecarga laboral.
- A Sr.^a A.M.L. refere que “no trabalho, tornei-me mesmo um zero...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo controlar-me quando fico mais ansiosa, a cabeça não para, sinto-me a sufocar” (sic).
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: score de 88 pontos.

- Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade: score de 34 pontos.
- A Sr.^a A.M.L. refere sentimentos de tristeza persistente, pelo menos, desde Julho de 2024.
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto-me desesperada, no fundo do poço, não sei como vou sair deste estado” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto que o futuro será igual a isto, que este sentimento de desesperança nunca vai passar” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere que praticava caminhada com o seu grupo de amigos, sendo que abandonou a atividade quando se começou a sentir triste em Julho de 2024.
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto-me inútil no trabalho, já não consigo produzir como produzia antes... não tenho utilidade nenhuma” (sic).
- A Sr.^a A.M.L. refere “perdi a vontade de fazer caminhadas, de sair com as minhas amigas, de trabalhar...” (sic).
- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score de 80 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 92 pontos.
- Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 55 pontos.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente / Humor depressivo

Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida / Humor depressivo diminuído

Objetivo: Reduzir a ansiedade; Melhorar o autocontrolo da ansiedade. / Melhorar o humor depressivo.

Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
n.d. (não definido)	<ul style="list-style-type: none"> • Executar [reestruturação cognitiva] 	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à cliente, avaliação inicial com recolha de dados do foro mental e físico, avaliação do nível de ansiedade e autocontrolo de ansiedade (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados. • Solicitar à cliente que descreva um dia habitual. • Questionar à cliente se gostaria de ter acompanhante durante as sessões. • Apresentar à cliente as primeiras impressões face aos dados colhidos. • Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda

		<p>da cliente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Apresentar à cliente o número de sessões expectável e combinar a sua periodicidade.• Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão e apresentar à cliente o fundamento teórico que sustenta a reestruturação cognitiva.• Explicar em que consiste a reestruturação cognitiva, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 2-3 vezes por semana; total de 7 sessões).• Incentivar a cliente a verbalizar experiências positivas e problemas importantes que tenham surgido ao longo da semana.• Analisar com a cliente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico).• Auxiliar a cliente a compreender em que medida os seus pensamentos afetam as suas reações/comportamentos.• Negociar com a cliente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”, neste caso, o preenchimento de um quadro de emoções face a experiências vivenciadas ao longo da semana.• Efetuar resumo da sessão, solicitar feedback à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; folhas e caneta.</p>
--	--	--

		<p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Rever com a cliente o registo do quadro de emoções efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual.• Explorar, junto com a cliente, as emoções experienciadas e o seu significado percebido bem como se existiram fatores promotores de ansiedade/fatores ansiogénicos.• Auxiliar a cliente a examinar as suas emoções para alcançar a melhoria do nível de ansiedade e redução do medo bem como dos fatores concorrentes.• Permitir que a cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças face aos problemas.• Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.• Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Explicar à cliente que as autoverbalizações medeiam as emoções.• Auxiliar a cliente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais.• Auxiliar a cliente a identificar as distorções cognitivas presentes (neste caso, filtro
--	--	--

		<p>mental, catastrofização, predição do futuro, rotulagem).</p> <ul style="list-style-type: none">• Auxiliar a cliente a identificar as emoções negativas (neste caso, ansiedade e tristeza) e os stressores bem como identificar as potenciais interpretações erróneas relativamente aos stressores.• Auxiliar a cliente a identificar e substituir interpretações/crenças erróneas por interpretações baseadas na realidade concreta (neste caso, a interpretação sobre o seu papel em contexto laboral e individual).• Auxiliar a cliente a identificar situações ansiogénicas e fatores ansiolíticos que diminuem o nível de ansiedade experienciada.• Realizar afirmações/questões que desafiem a perceção/comportamento do cliente, face à sua situação/problema.• Efetuar resumo da sessão, solicitar feedback à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Auxiliar a cliente a identificar o sistema de crenças que potencialmente está a afetar a sua saúde mental.• Incentivar a cliente a realizar autoverbalizações mais positivas a fim de melhorar o seu autoconceito e reduzir a sua ansiedade.• Incentivar a cliente a realizar um registo de pensamentos automáticos/emoções e respostas adaptativas face a situações de lócus externo e interno potenciadoras de ansiedade.• Efetuar resumo da sessão, negociar com a cliente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa” (neste caso, o registo de pensamentos acima descrito), solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima
--	--	---

		<p>sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.• Explicar objetivo da sessão.• Rever com a cliente o registo de pensamentos efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual.• Antecipar, juntamente com a cliente, potenciais stressores e sintomas, e abordar estratégias que a mesma desenvolveu e que pode utilizar bem como situações nas quais deve procurar ajuda por parte de um profissional de saúde.• Preparar a cliente para a inevitabilidade das dificuldades futuras, mas também para a importância das ferramentas que possui para as enfrentar.• Incentivar a cliente a utilizar 10-15 minutos por semana para autoavaliar o seu nível de ansiedade e os sentimentos de tristeza, o uso de estratégias de resolução de problemas ou sentimentos que possam estar a afetar a sua ansiedade e a aumentar os seus sentimentos de tristeza.• Discutir com a cliente os progressos ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas.• Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.• Dar resposta às potenciais preocupações da cliente relativamente ao fim da intervenção.• Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p>
--	--	--

		<p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. • Explicar objetivo da sessão. • Solicitar à cliente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita. • Solicitar à cliente uma avaliação da intervenção que se concluiu. • Avaliar nível de ansiedade, autocontrolo de ansiedade, equilíbrio do humor, nível de depressão e cognição (segundo dados do indicador NOC). • Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas. • Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ansiedade (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade). • Avaliar humor depressivo (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão e Equilíbrio do Humor). • Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição). 		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: score de 110 pontos. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Autocontrolo da Ansiedade: score de 51 pontos. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score de 92 pontos. • Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 129 pontos. 		

- Manutenção do score do Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 55 pontos.
- A Sr.^a A.M.L. refere sentir-se menos ansiosa, principalmente no período noturno e quando confrontada com situações problemáticas.
- A Sr.^a A.M.L. refere sentir menos tristeza comparativamente ao início do internamento e acrescenta já não possuir sentimentos de desesperança face ao seu futuro.
- A Sr.^a A.M.L. refere “sinto que o meu humor está a melhorar, sinto que estou a sair do fundo do poço gradualmente” (sic).

5.3. RELAXAMENTO

O relaxamento, considerado também uma intervenção psicoterapêutica, tem como objetivo primordial induzir um estado de consciência na qual o cliente consegue obter sensações agradáveis, permitindo-se distanciar de pensamentos perturbadores ou ansiogénicos. Existem múltiplas técnicas de relaxamento que permitem ao cliente prevenir o stress e consequências fisiológicas do mesmo, aliviar o stress e melhorar a qualidade e padrão de sono, por exemplo. Em qualquer uma das técnicas de relaxamento existentes, o objetivo principal é o autocontrolo do tónus muscular e da respiração, por forma a que o cliente aprenda a autorrelaxar e, conseqüentemente, reproduzir a técnica perante situações potenciadoras de stress (Coelho & Sousa, 2020). Esta intervenção psicoterapêutica visa dar resposta ao diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade presente” e “Insónia [inicial] presente”, podendo verificar-se resultados positivos na avaliação final, conforme descrito no **Quadro 4** bem como melhoria do *status*.

Quadro 4 – Relaxamento

Foco	Ansiedade / Insónia
Atividades de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • A Sr.^a A.M.L. apresenta ansiedade e sentimentos de angústia relacionados com a cirurgia ginecológica a que foi submetida, com a mudança de casa e a sobrecarga laboral. • A Sr.^a A.M.L. refere que “no trabalho, tornei-me mesmo um zero...” (sic). • A Sr.^a A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic). • A Sr.^a A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic).

	<ul style="list-style-type: none"> • A Sr.ª A.M.L. refere “não consigo controlar-me quando fico mais ansiosa, a cabeça não para, sinto-me a sufocar” (sic). • Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: score de 88 pontos. • Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade: score de 34 pontos. • A Sr.ª A.M.L. refere que o seu sono não é reparador na maioria dos dias, tendo necessidade de solicitar medicação para iniciar o sono. • A Sr.ª A.M.L. refere “não consigo adormecer quando me deito, a minha cabeça não para, são tantas preocupações, tantos problemas...” (sic). • A Sr.ª A.M.L. refere “fico muito ansiosa quando me deito, sei que os problemas surgem com mais intensidade nessa hora, no silêncio da noite” (sic). • Indicador NOC de Resultado para Sono: score de 48 pontos. 	
Diagnóstico de Enfermagem	Ansiedade presente / Insónia [inicial] presente	
Resultado de Enfermagem esperado	Ansiedade reduzida / Insónia melhorada	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir a ansiedade e as suas consequências; • Diminuir a ansiedade; • Induzir o sono; • Diminuir a tensão muscular; • Desenvolver capacidade para lidar com a ansiedade, com uso de técnica de relaxamento, promovendo o autorelaxamento. 	
Público-Alvo	Participante	A.M.L.
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação psicomotora; • Défice cognitivo acentuado; • Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; • Estado confusional;

		<ul style="list-style-type: none"> • Acuidade auditiva diminuída.
	Crítérios de Inclusão	Cliente com perturbação da ansiedade; stress; perturbações psicomotoras.
Duração	30 minutos.	
Nº de Sessões	4 (sessão nº0, sessão nº1 e nº2, sessão final).	
Local	Sala espaçosa, com luminosidade reduzida e baixo nível de ruído.	
Horário	<ul style="list-style-type: none"> • Se for com o objetivo de induzir o sono, o horário mais indicado será no final do turno da tarde ou início do turno da noite. • Conforme necessidade (SOS), em caso de ansiedade e/ou stress. 	
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 EEESMP. 	
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões; • Almofadas; • Rádio/Computador/Coluna; • CD com música de relaxamento; • Monitor de avaliação de sinais vitais. 	
Crítérios de Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • A Sr.^a A.M.L. apresenta insónia inicial e ansiedade. • Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca): 120-130/60-75 mmHg e 90-100 bpm. • Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final). • Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final). • Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final). 	
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar [técnica de relaxamento muscular modificado]. 	

<p>Critérios de Resultado/Avaliação Final</p>	<ul style="list-style-type: none">• A Sr.^a A.M.L. refere sentir-se menos ansiosa, principalmente no período noturno e quando confrontada com situações problemáticas.• A Sr.^a A.M.L. refere não sentir, de momento, necessidade de recorrer a medicação em SOS para auxiliar na indução do sono na maioria das noites.• Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca): 120-130/60-75 mmHg e 75-90 bpm.• Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final).• Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final).• Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final).
---	--

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados em ESMP exige do enfermeiro um leque de competências vasto, com foco na compreensão teórica da patologia psiquiátrica bem como numa abordagem holística e centrada na importância do estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional e o cliente.

Os cuidados de enfermagem devem ser planeados segundo o processo de enfermagem, iniciando-se por uma recolha de dados, identificação de focos e diagnósticos de enfermagem e, por último, na planificação de cuidados, alicerçando o conhecimento teórico na prática baseada na evidência.

A implementação do plano de cuidados à cliente em questão atingiu os objetivos propostos, potenciando o seu funcionamento máximo e melhoria dos diagnósticos de Enfermagem identificados. Assim sendo, a elaboração do presente estudo de caso clínico permitiu o desenvolvimento de uma abordagem estruturada e eficaz com foco na resposta às necessidades da cliente.

Para além disso, o planeamento e implementação dos cuidados englobou a implementação de intervenções psicoterapêuticas à cliente, sob a orientação das Enfermeiras Monitoras, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP.

Assim, conclui-se que a elaboração do estudo de caso clínico, através do enquadramento teórico da patologia psiquiátrica da cliente, o processo de enfermagem e a sua implementação bem como as intervenções psicoterapêuticas, permitiram construir uma base sólida na minha atuação enquanto enfermeira em contexto de estágio curricular na prestação de cuidados à pessoa com patologia mental em situação aguda, consolidando um caminho para a prática clínica baseado na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2022). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5-TR. (Washington: American Psychiatric Association, Ed.) (5a Edição).

Coelho, J., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 183–185). Lisboa.

Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 202–210). Lisboa.

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

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). (Artmed, Ed.) (3a Edição).

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 171–173). Lisboa.

Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Curto, P. M. (2020). Reestruturação Cognitiva. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 186–189). Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I – Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor

Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) 377

Equilíbrio do Humor **(1204)**

Domínio: Saúde Psicossocial (III)
Classe: Bem-estar Psicológico (M1)
Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado (m) e Consistentemente demonstrada a Nunca demonstrada (t)

Receptor do cuidado:
Forte dos dados:

Definição: Adaptação apropriada do tónus emocional predominante em resposta às circunstâncias

E

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO Manter em _____ Aumentar para _____

Equilíbrio do Humor Graduação	Nunca de- monstrado	Raramente demonstrado	Às vezes de- monstrado	Muitas vezes demonstrado	Consisten- temente de- monstrado	
	1	2	3	4	5	
Indicadores						
120401 Apresenta afeto adequado	1	2	3	4	5	NA
120402 Apresenta humor estável	1	2	3	4	5	NA
120403 Apresenta controle de impulsos	1	2	3	4	5	NA
120404 Relata sono adequado (pelo menos cinco das 24 horas do dia)	1	2	3	4	5	NA
120405 Apresenta concentração	1	2	3	4	5	NA
120406 Fala em ritmo moderado	1	2	3	4	5	NA
120410 Apresenta arrumação e higiene adequados	1	2	3	4	5	NA
120411 Veste roupas adequadas à situação e às condições climáticas	1	2	3	4	5	NA
120412 Mantém o peso estável	1	2	3	4	5	NA
120413 Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5	NA
120414 Relata obediência ao regime terapêutico e de medicamentos	1	2	3	4	5	NA
120415 Apresenta interesse pelo que o cerca	1	2	3	4	5	NA
120417 Apresenta nível adequado de energia	1	2	3	4	5	NA
120418 Realiza as tarefas diárias	1	2	3	4	5	NA
	Consisten- temente demonstrada	Muitas vezes demonstrada	Às vezes de- monstrada	Raramente de- monstrada	Nunca de- monstrada	
120407 Fuga de idéias	1	2	3	4	5	NA
120408 Grandiosidade	1	2	3	4	5	NA
120409 Euforia	1	2	3	4	5	NA
120416 Ideação suicida	1	2	3	4	5	NA
120420 Depressão	1	2	3	4	5	NA
120421 Letargia	1	2	3	4	5	NA
120422 Hiperatividade	1	2	3	4	5	NA

1ª edição 1997; 3ª edição revisada

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

George, L.K., Blazer, D.B., Hughes, D.C., & Fowler N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.

Keitner, G.I., & Miller, I.W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1128-1137.

Maynard, C.K. (1993). Comparison of effectiveness of group interventions for depression in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 277-283.

Maynard, C. (1993). Psychoeducational approach to depression in women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(12), 9-14.

Piven, M.L., & Buckwalter, K.C. (2001). Depression. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 521-542). St. Louis: Mosby.

Porth, C.M. (2002). *Pathophysiology: Concepts of altered health states* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ANEXO II – Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão

Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) 485

Nível de Depressão (1208)

Domínio: Saúde Psicossocial (III)
Classe: Bem-estar Psicológico (M)
Escala: Grave a Nenhum(a) (m)

Receptor do cuidado:
Fonte dos dados:

Definição: Gravidade do humor melancólico e da perda do interesse pelos eventos da vida

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO	Manter em _____		Aumentar para _____			
	Grave	Substancial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)	
Nível de Depressão Graduação	1	2	3	4	5	
Indicadores						
120801 Humor deprimido	1	2	3	4	5	NA
120802 Perda do interesse pelas atividades	1	2	3	4	5	NA
120827 Eventos de vida negativos	1	2	3	4	5	NA
120803 Perda do prazer nas atividades	1	2	3	4	5	NA
120804 Concentração prejudicada	1	2	3	4	5	NA
120805 Culpa inadequada	1	2	3	4	5	NA
120828 Culpa excessiva	1	2	3	4	5	NA
120806 Fadiga	1	2	3	4	5	NA
120807 Sentimentos de autodesvalorização	1	2	3	4	5	NA
120808 Retardo psicomotor	1	2	3	4	5	NA
120829 Agitação psicomotora	1	2	3	4	5	NA
120809 Insônia	1	2	3	4	5	NA
120830 Sono excessivo	1	2	3	4	5	NA
120810 Ganho de peso	1	2	3	4	5	NA
120831 Perda de peso	1	2	3	4	5	NA
120811 Aumento do apetite	1	2	3	4	5	NA
120832 Apetite diminuído	1	2	3	4	5	NA
120812 Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio	1	2	3	4	5	NA
120813 Indecisão	1	2	3	4	5	NA
120814 Tristeza	1	2	3	4	5	NA
120815 Crises de choro	1	2	3	4	5	NA
120816 Raiva	1	2	3	4	5	NA
120817 Desesperança	1	2	3	4	5	NA
120818 Solidão	1	2	3	4	5	NA
120819 Baixa auto-estima	1	2	3	4	5	NA
120820 Perda da libido	1	2	3	4	5	NA
120821 Nível de atividade alterado	1	2	3	4	5	NA
120822 Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5	NA
120823 Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
120833 Uso de drogas recreacionais	1	2	3	4	5	NA
120834 Aumento do uso do álcool	1	2	3	4	5	NA
120825 Higiene pessoal/arrumar-se insatisfatórios	1	2	3	4	5	NA

2.ª edição 2000; 3.ª edição revisada

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text revision). Washington DC: Author.

Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M., & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1(1), 37-43.

Kendler, K.S., Karkowski, L.M., & Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.

Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *Journal of Gerontology Series B-Psychological Sciences*, 57(1), P87-P94.

ANEXO III – Indicador NOC de Resultado para Cognição

236 Sue Moorhead, Marion Johnson & Meridean Maas

Cognição (0900)

Domínio: Saúde Fisiológica (II) Receptor do cuidado:
 Classe: Neurocognitivo (I) Fonte dos dados:
 Escala: Severamente comprometido(a) a Não comprometido(a) (a)

Definição: Capacidade para executar processos mentais complexos

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO		Manter em _____		Aumentar para _____			
		Severamente comprometido(a)	Muito comprometido(a)	Moderadamente comprometido(a)	Levemente comprometido(a)	Não comprometido(a)	
Cognição		1	2	3	4	5	
Graduação		1	2	3	4	5	
Indicadores							
090001	Comunica-se com clareza e adequação para a idade e a capacidade *	1	2	3	4	5	NA
030013	Compreende o significado dos eventos e das situações *	1	2	3	4	5	NA
090003	Atenção *	1	2	3	4	5	NA
090004	Concentração *	1	2	3	4	5	NA
090005	Orientação cognitiva	1	2	3	4	5	NA
090006	Demonstra memória imediata	1	2	3	4	5	NA
090007	Demonstra memória recente	1	2	3	4	5	NA
090008	Demonstra memória remota	1	2	3	4	5	NA
090009	Processa as informações *	1	2	3	4	5	NA
090010	Pondera as alternativas ao tomar decisões	1	2	3	4	5	NA
090011	Toma decisões adequadas †	1	2	3	4	5	NA

1ª edição 1997; 3ª edição revisada (antes Capacidade Cognitiva)

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

Abraham, I., & Reel, S. (1993). Cognitive nursing interventions with long-term care residents: Effects on neurocognitive dimensions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(6), 356-365.

Costa, P.T. Jr., Williams, T.E., Somerfield, M., et al. (1996). *Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias*. No. 19. (AHCPR Publication No. 97-0702). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research.

Dellasega, C. (1992). Home health nurses' assessments of cognition. *Applied Nursing Research*, 5(3), 127-133.

+Folstein, M.E., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Foreman, M., Gilles, D., & Wagner, D. (1989). Impaired cognition in the critically ill elderly patient: Clinical implications. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(1), 61-73.

Gerdner, L.A., & Hall, G.R. (2001). Chronic confusion. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 421-441). St. Louis: Mosby.

Inaba-Roland, K., & Maricle, R. (1992). Assessing delirium in the acute care setting. *Heart & Lung*, 21(1), 48-55.

Kupferer, S., Uebele, J., & Levin, D. (1988). Geriatric ambulatory surgery patients: Assessing cognitive functions. *AORN Journal*, 47(3), 752-766.

Mason, P. (1989). Cognitive assessment parameters and tools for the critically injured adult. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 1(1), 45-53.

Souder, E., & O'Sullivan, P.S. (2000). Nursing documentation versus standardized assessment of cognitive status in hospitalized medical patients. *Applied Nursing Research*, 13(1), 29-36.

Strub, R.L., & Black, F.W. (2000). *The mental status examination in neurology* (4th ed.). Philadelphia: FA. Davis.

Wakefield, B., Mentis, J., Mobily, P., Tripp-Reimer, T., Culp, K.R., Rapp, C.G., Gaspar, P., Kundrat, M., Wadle, K.R., & Akins, J. (2001). Acute confusion. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 442-454). St. Louis: Mosby.

ANEXO IV – Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade

482 Sue Moorhead, Marion Johnson & Meridean Maas

Nível de Ansiedade (1211)

Domínio: Saúde Psicossocial (III) Receptor do cuidado:
 Classe: Bem-estar Psicológico (M) Fonte dos dados:
 Escala: Grave a Nenhum(a) (m)

Definição: Gravidade da apreensão, da tensão ou do desconforto manifestados, decorrentes de uma fonte não-identificável

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO	Manter em _____		Aumentar para _____			
	Grave	Substancial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)	
Nível de Ansiedade Graduação	1	2	3	4	5	
Indicadores						
121101 Agitação	1	2	3	4	5	NA
121102 Andar de um lado para outro	1	2	3	4	5	NA
121103 Torcer as mãos	1	2	3	4	5	NA
121104 Nervosismo	1	2	3	4	5	NA
121105 Desconforto	1	2	3	4	5	NA
121106 Tensão muscular	1	2	3	4	5	NA
121107 Tensão facial	1	2	3	4	5	NA
121108 Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
121109 Indecisão	1	2	3	4	5	NA
121110 Ataques de raiva	1	2	3	4	5	NA
121111 Comportamento problemático	1	2	3	4	5	NA
121112 Dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	NA
121113 Dificuldade de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
121114 Dificuldade para resolver problemas	1	2	3	4	5	NA
121115 Ataque de pânico	1	2	3	4	5	NA
121116 Apreensão verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121117 Ansiedade verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121118 Preocupação exagerada sobre eventos da vida	1	2	3	4	5	NA
121119 Aumento da pressão arterial	1	2	3	4	5	NA
121120 Aumento da frequência de pulso	1	2	3	4	5	NA
121121 Aumento da frequência respiratória	1	2	3	4	5	NA
121122 Dilatação das pupilas	1	2	3	4	5	NA
121123 Sudorese	1	2	3	4	5	NA
121124 Tontura	1	2	3	4	5	NA
121125 Fadiga	1	2	3	4	5	NA
121126 Diminuição na produtividade	1	2	3	4	5	NA
121127 Diminuição no aproveitamento escolar	1	2	3	4	5	NA
121128 Introspecção/isolamento	1	2	3	4	5	NA
121129 Distúrbio no padrão de sono	1	2	3	4	5	NA
121130 Alterações no padrão intestinal	1	2	3	4	5	NA
121131 Alteração no padrão alimentar	1	2	3	4	5	NA

3ª edição

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text revision). Washington DC: Author.

Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137), 201-216.

Charron, H.S. (1998). Anxiety disorders. In E.M. Varcacolis (Ed.), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed., pp. 443-477). Philadelphia: Saunders.

Kim, M., Sertella, R., Gulanick, M., Moyer, K., Parsons, E., Scherbel, J., Stafford, M., Suhayada, R., & Yocum, C. (1984). Clinical validation of cardiovascular nursing diagnoses. In M. Kim, G. McFarland, & A. McLane (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference* (pp. 128-137). St. Louis: Mosby.

ANEXO V – Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade

198 Sue Moorhead, Marion Johnson & Meridean Maas

A

Autocontrolo da Ansiedade

Domínio: Saúde Psicossocial (III) (1402)
Classe: Autocontrolo (O) Receptor do cuidado:
Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado (m) Fonte dos dados:

Definição: Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fonte não-identificável

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO	Manter em _____		Aumentar para _____			
	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado	
Autocontrolo da Ansiedade	1	2	3	4	5	
Graduação	1	2	3	4	5	
Indicadores						
140201 Monitora a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140202 Elimina precursores de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140203 Reduz estímulos ambientais quando ansioso	1	2	3	4	5	NA
140204 Busca informação para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140205 Planeja estratégias de enfrentamento para situações estressantes	1	2	3	4	5	NA
140206 Usa estratégias eficazes de enfrentamento	1	2	3	4	5	NA
140207 Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140208 Monitora a duração dos episódios	1	2	3	4	5	NA
140209 Monitora a duração do tempo entre os episódios	1	2	3	4	5	NA
140210 Mantém o desempenho do papel	1	2	3	4	5	NA
140211 Mantém as relações sociais	1	2	3	4	5	NA
140212 Mantém a concentração	1	2	3	4	5	NA
140213 Monitora distorções perceptivas sensoriais	1	2	3	4	5	NA
140214 Mantém sono adequado	1	2	3	4	5	NA
140215 Monitora manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140216 Monitora manifestações comportamentais da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140217 Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5	NA

1ª edição 1997; 2ª edição revisada 2000; 3ª edição revisada (antes Controle da Ansiedade)

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

+Hudson, W.W. (1992). *The WALMYR assessment scales scoring manual*. Tempe, AZ: WALMYR Publishing Co.

Laraia, M.T., Stuart, G.W., & Best, C.L. (1989). Behavioral treatment of panic-related disorders: A review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(3), 125-133.

Moorhead, S.A., & Brighton, V.A. (2001). Anxiety and fear. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 571-592). St. Louis: Mosby.

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.

Tucker, S., Moore, W., & Luedtke, C. (2000). Outcomes of a brief inpatient treatment program for mood and anxiety disorders. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 4(3), 117-123.

Waddell, K.L., & Demi, A.S. (1993). Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 2-10.

ANEXO VI – Indicador NOC de Resultado para Sono

588 Sue Moorhead, Marion Johnson & Meridean Maas

Sono

(0004)

Domínio: Saúde Funcional (I)

Receptor do cuidado:

Classe: Manutenção da Energia (A)

Fonte dos dados:

Escala: Severamente comprometido(a) a Não comprometido(a) (a) e Grave a Nenhum(a) (n)

Definição: Suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece

GRADUAÇÃO-ALVO DO RESULTADO	Manter em _____		Aumentar para _____			
	Severamente comprometido(a)	Muito comprometido(a)	Moderadamente comprometido(a)	Levemente comprometido(a)	Não comprometido(a)	
Sono	1	2	3	4	5	
Graduação	1	2	3	4	5	
Indicadores						
000401	1	2	3	4	5	NA
000402	1	2	3	4	5	NA
000403	1	2	3	4	5	NA
000404	1	2	3	4	5	NA
000405	1	2	3	4	5	NA
000407	1	2	3	4	5	NA
000418	1	2	3	4	5	NA
000408	1	2	3	4	5	NA
000410	1	2	3	4	5	NA
000411	1	2	3	4	5	NA
000412	1	2	3	4	5	NA
000413	1	2	3	4	5	NA
	Grave	Substancial	Moderado(a)	Leve	Nenhum(a)	
000406	1	2	3	4	5	NA
000409	1	2	3	4	5	NA
000416	1	2	3	4	5	NA
000417	1	2	3	4	5	NA

* Adequado para adultos.

1ª edição 1997; 2ª edição 2000; 3ª edição revisada

Bibliografia referente ao conteúdo do resultado

- +Buysse, D.J., Reynolds, C.F. III, Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Ellis, J.R., & Nowlis, E.A. (1994). *Providing nursing care within the nursing process* (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Hoch, C.C., Reynolds, C.F., & Houck, P. (1988). Sleep patterns in Alzheimer, depressed, and healthy elderly. *Western Journal of Nursing Research*, 10(3), 239-256.
- Mead-Bennet, E. (1989). The relationship of primigravid sleep experience and select moods on the first postpartum day. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 19(2), 146-152.
- Paulsen, V.M., & Shaver, J.L. (1991). Stress, support, psychological states and sleep. *Social Science and Medicine*, 32(11), 1237-1243.
- Porth, C.M. (2002). *Pathophysiology: Concepts of altered health states* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Redeker, N.S. (2000). Sleep in acute care settings: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 31-38.
- Schoenfelder, D.P., & Culp, K.R. (2001). Sleep pattern disturbance. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 401-413). St. Louis: Mosby.
- Topf, M. (1992). Effects of personal control over hospital noise on sleep. *Research in Nursing and Health*, 15(1), 19-28.
- Topf, M., & Davis, J.E. (1993). Critical care unit noise and rapid eye movement sleep. *Heart & Lung*, 22(3), 252-258.
- Williams, P.D., White, M.A., Powell, G.M., Alexander, D.J., & Conlon, M. (1988). Activity level in hospitalized children during sleep onset latency. *Computers in Nursing*, 6(2), 70-76.

APÊNDICE II – ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E PSICOEDUCAÇÃO

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E PSICOEDUCAÇÃO

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes, a36849

Vila Nova de Famalicão

novembro, 2024



Departamento: Ciências da Saúde

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Instituto Politécnico do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Foco: Cognição		
Atividades de Diagnóstico: - Queixas subjetivas do cliente e família/cuidador. - Diagnóstico médico de DCL/Demência. - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). - Teste do Relógio (TR).		
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida		
Resultado de Enfermagem esperado: Cognição comprometida		
Objetivo: Manter a cognição		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	- Executar estimulação cognitiva	Sessão nº0: - Apresentação ao cliente e família/cuidador, avaliação da cognição e definição de objetivos. - Confirmar disponibilidade para efetuar estimulação cognitiva enquanto intervenção psicoterapêutica. - Clarificar expectativas face à situação clínica do cliente. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. Metodologia: expositivo; participativo.

		<p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador; escalas de avaliação da cognição.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Executar treino de funções específicas (Memória): <ul style="list-style-type: none"> - Memorizar lista de palavras ou números através da repetição; - Completar provérbios através da verbalização; - Mostrar fotografias significativas. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Executar treino de funções específicas (Atenção): <ul style="list-style-type: none"> - Encontrar diferenças em Imagens; - Encontrar símbolos semelhantes; - Ler um texto e fazer perguntas sobre o conteúdo principal do texto.
--	--	--

		<p>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo, interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Executar treino de funções específicas (Linguagem): <ul style="list-style-type: none"> - Repetir palavras; - Nomear profissões de acordo com as figuras apresentadas; - Completar frases através da verbalização. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Executar treino de funções específicas (Cálculo e Habilidade construtiva): <ul style="list-style-type: none"> - Realizar contas básicas de adição e subtração; - Responder a problemas de cálculo simples com imagens explicativas;
--	--	---

		<p>- Instruir para copiar formas geométricas.</p> <p>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº5:</p> <p>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.</p> <p>- Explicar objetivo da sessão.</p> <p>- Executar terapia de orientação para a realidade (TOR):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer objetos como o relógio e calendário mensal e perguntar dia/data e hora atuais; - Fornecer indicadores de espaço para as atividades de vida diária. <p>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº6:</p> <p>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.</p> <p>- Explicar objetivo da sessão.</p> <p>- Solicitar ao cliente e família/cuidador para fazer uma síntese do percurso percorrido.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Rever com o cliente e família/cuidador o processo vivenciado na estimulação cognitiva. - Solicitar ao cliente e família/cuidador uma avaliação acerca da estimulação cognitiva e da sua pertinência. - Avaliar cognição. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para follow-up. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar cognição (Aplicar MEEM e TR). 		
<p>Critérios de Resultado: Manter o score do MEEM e TR inicial por manutenção da cognição.</p>		
<p>Foco: Papel da Família/Cuidador</p>		
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas do cliente e família/cuidador. - Diagnóstico médico de DCL/Demência. - Avaliação objetiva do cliente: resultados do MEEM e TR. - Alto score do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI). - Baixo score do Índice de Avaliação da Satisfação do Cuidador (CASI). 		

- Baixo score do Índice de Avaliação de Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI) (ANEXO V) .		
Diagnóstico de Enfermagem: Papel da Família/Cuidador comprometido		
Resultado de Enfermagem esperado: Papel da Família/Cuidador efetivo/melhorado		
Objetivo: Melhorar conhecimento e capacidade do papel da família/cuidador; Melhorar papel de cuidador.		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
n.d.	- Executar aconselhamento	n.a. (não aplicável)
n.d.	- Executar apoio emocional	n.a.
n.d.	- Informar sobre estratégias de coping	n.a.
n.d.	- Treinar sobre estratégia de coping	n.a.
n.d.	- Executar psicoeducação	Aplicar programa de capacitação do cuidador (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2016): Sessão nº0: - Apresentação, avaliação do papel de cuidador e definição de objetivos. - Questionar sobre o que despoleta a procura de ajuda. - Clarificar expectativas face à situação clínica do cliente. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. Metodologia: expositivo; participativo; ativo.

		<p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Ensinar sobre demência, técnicas de comunicação e gestão de comportamento. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas e exemplos práticos/demonstrações.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre emoções, exigências e expectativas do papel de cuidador. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo e discussão de temas.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p>
--	--	---

		<p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre atividades básicas e instrumentais de vida diária. - Treinar família/cuidador a assistir nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas; treino de competências e exercícios práticos.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre estimulação cognitiva e gestão do ambiente. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas e exercícios práticos.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p>
--	--	--

		<p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre estratégias de coping e resolução de problemas. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas e exercícios práticos.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. -Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre saúde física e mental do cuidador. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas e exercícios práticos.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº7:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre gestão de relações e apoio na comunidade. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; discussão de temas e exercícios práticos.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº8 (em grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Avaliar dificuldades sentidas e as suas causas entre a sessão anterior e a atual. - Ensinar sobre emoções e expectativas do papel de cuidador e partilha de estratégias. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: discussão de temas e partilha em grupo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Sessão nº9:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Solicitar à família/cuidador para fazer uma síntese do percurso percorrido. - Rever com a família/cuidador o processo vivenciado na psicoeducação.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar à família/cuidador uma avaliação acerca da psicoeducação e da sua pertinência. - Avaliar CADI, CASI e CAMI. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para follow-up. - Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo. - Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar papel da família/cuidador (Aplicar CADI, CASI, CAMI; Avaliação subjetiva do feedback da família/cuidador sobre o papel de cuidador). 		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado do CADI: baixo score. - Resultado do CASI: alto score. - Resultado do CAMI: alto score. - Feedback positivo da família/cuidador acerca do papel da família/cuidador. 		

ANEXO I- Mini-Exame do Estado Mental

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

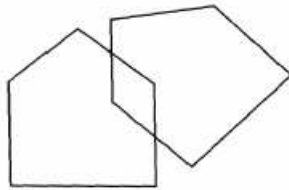
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

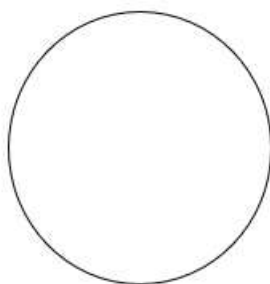
- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Folstein et al. (1975)

ANEXO II- Teste do Relógio

Teste do Relógio (TR)

Teste do desenho do relógio	0	Inabilidade para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
	5	Relógio perfeito



Sunderland et al. (1989)

ANEXO III- Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1 Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2 Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação"				
3 Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4 Traz-me problemas de dinheiro				
5 A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6 A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7 Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8 Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9 Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10 Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11 Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12 Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13 A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14 A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15 Ando a dormir pior por causa desta situação				
16 As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17 Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18 Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

ANEXO IV- Índice de Avaliação da Satisfação do Cuidador (CASI)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

	Prestar cuidados pode dar satisfação porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero				
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado				

20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				
24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado				

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dão.

Prestar cuidados pode dar satisfação porque:		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
		Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

Nolan et al., (1998). Tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto (2020).

ANEXO V- Índice de Avaliação de Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI)

CAMI (Carers' Assessment of Managing Index) (Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1 Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
2 Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3 Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4 Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)				
5 Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer				
6 Ver o lado cómico da situação				
7 Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8 Cerrar os dentes e continuar				
9 Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10 Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11 Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12 Viver um dia de cada vez				
13 Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14 Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15 Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16 Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17 Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18 Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19 Chorar um bocadinho				
20 Aceitar a situação tal como ela é				
21 Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22 Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tem outras maneiras de **ENFRENTAR OS PROBLEMAS**, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

APÊNDICE III – TREINO DE FUNÇÕES ESPECÍFICAS NA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Treino de Funções Específicas na Estimulação Cognitiva

1. Memória

1.1. Memorizar lista de palavras ou números através da repetição:

- Maçã
- Pêra
- Banana
- Cão
- Pássaro

- 11
- 24
- 36
- 42
- 51

1.2. Completar provérbios:

- Quem não tem _____, caça com _____.
- Cada _____ no seu galho.
- A cavalo dado, não se _____.
- Quem conta um _____, acrescenta-lhe um _____.
- Água _____ em _____ dura, tanto _____ até que _____.

Resposta 1.2.:

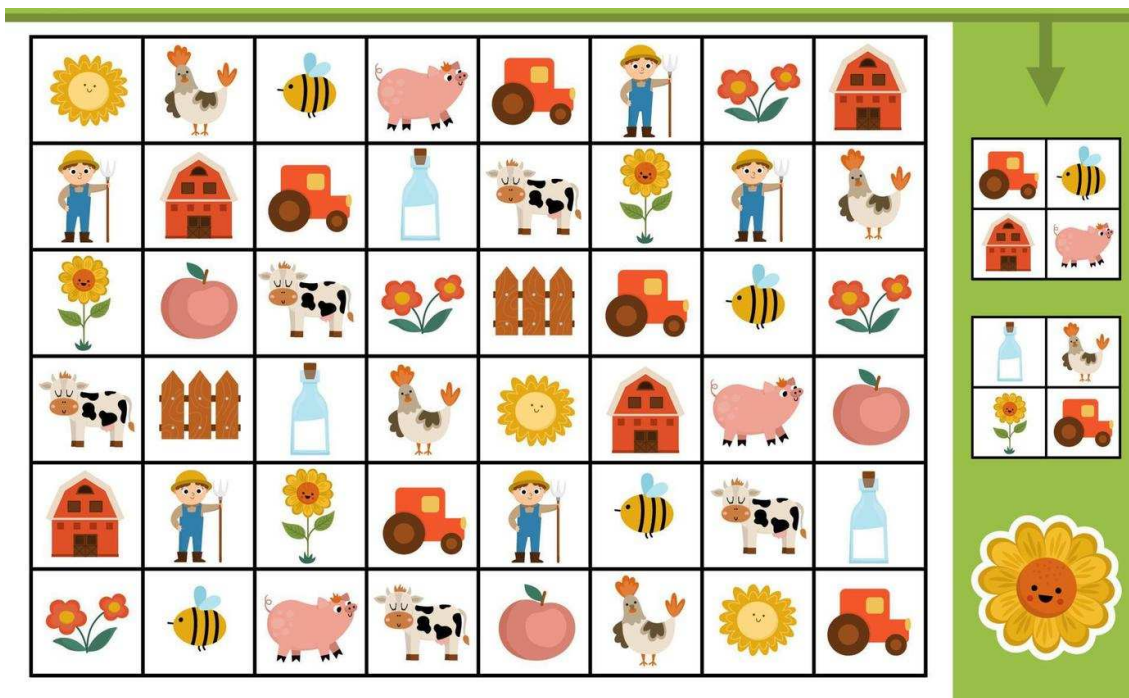
- Quem não tem **cão**, caça com **gato**.
- Cada **macaco** no seu galho.
- A cavalo dado, não se **olham os dentes**.
- Quem conta um **conto**, acrescenta-lhe um **ponto**.
- Água **mole** em **pedra** dura, tanto **bate** até que **fura**.

2. Atenção

2.1. Encontrar diferenças em imagens:



2.2. Encontrar símbolos semelhantes:



2.3. Ler um texto e fazer perguntas sobre o conteúdo principal do texto:

“A minha família é constituída por mim, pelo meu pai, a minha mãe, a minha irmã, os meus avós maternos e o meu avô paterno.

O meu pai chama-se Miguel. Tem 58 anos, é alto e moreno, com olhos castanhos. Conheceu a minha mãe, Maria, na faculdade, quando estavam a estudar psicologia. A minha mãe tem 55 anos e é ruiva, com olhos azuis.

A minha irmã chama-se Joana e tem 25 anos. Tem o cabelo ruivo, como a minha mãe, e os olhos castanhos como o meu pai. Estudou jornalismo, mas agora trabalha numa empresa de publicidade.

Os meus avós maternos, Manuel e Irene, têm ambos 80 anos. Conheceram-se numa festa na sua aldeia há 60 anos e estão juntos desde então.

O meu avô paterno, Francisco, é agricultor. Apesar dos seus 85 anos, é muito alto e continua a ter muita força. “Trabalhar no campo mantém-me forte”, diz ele.”

2.3.1. Como é descrito o pai?

2.3.2. Onde se conheceram o pai e a mãe?

2.3.3. De que cor são os olhos da irmã?

2.3.4. Qual é a profissão do avô paterno?

3. Linguagem

3.1. Repetir palavras:

- Bombeiro
- Padeiro
- Médico
- Lojista
- Agricultor

3.2. Nomear profissões de acordo com as figuras apresentadas:



3.4. Completar frases através da verbalização:

- Os hospitais são o local de trabalho dos médicos e enfermeiros.
- O polícia ajuda a orientar o trânsito.
- O agricultor tem que primeiro plantar, para depois colher.
- A hospedeira de bordo viaja pelo mundo inteiro.
- O astronauta já pisou a lua com os próprios pés.

4. Cálculo e habilidade construtiva

4.1. Realizar contas básicas de adição e subtração:

$6 + 13 =$

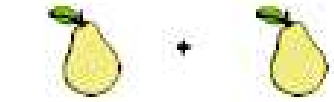





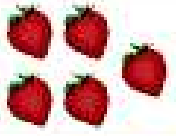
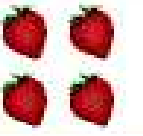
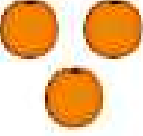

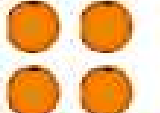
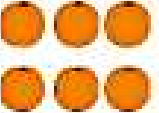







$24 + 17 =$

$7 - 2 =$

$54 - 12 =$

$18 + 7 =$

4.2. Responder a problemas de cálculos simples com imagens explicativas:

 +  = <input type="text"/>	 +  = <input type="text"/>
 +  = <input type="text"/>	 +  = <input type="text"/>
 +  = <input type="text"/>	 +  = <input type="text"/>
 + <input type="text"/> = <input type="text"/>	 +  = <input type="text"/>
 +  = <input type="text"/>	 +  = <input type="text"/>

Resposta 4.1.:

19

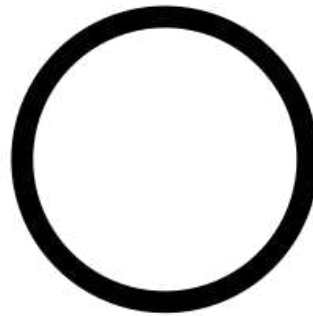
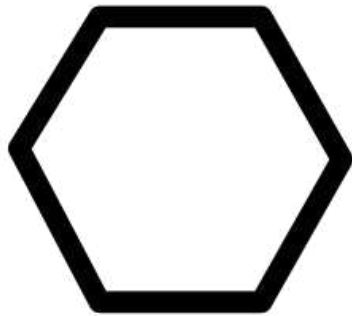
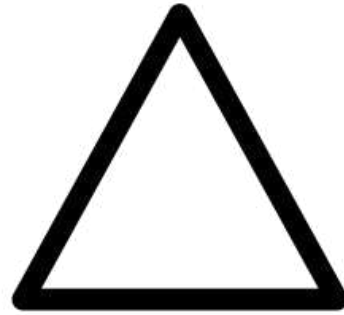
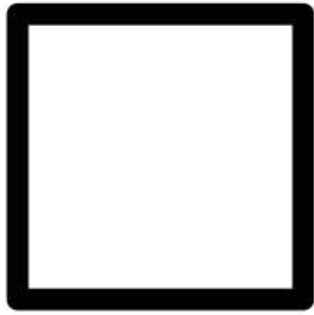
41

5

42

25

4.3. Instruir para copiar formas geométricas:



APÊNDICE IV – TÉCNICA DA IMAGINAÇÃO GUIADA

Planeamento da Sessão de Técnica da Imaginação Guiada		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir o stress e as suas consequências; - Aliviar o stress e a ansiedade; - Diminuir a tensão muscular; - Induzir o sono; - Desenvolver capacidade para lidar com o stress, com uso de técnica de relaxamento, promovendo o autorelaxamento. 	
Público-Alvo	Nº de Participantes	Máximo: 10.
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação psicomotora; - Défice cognitivo acentuado; - Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Estado confusional; - Acuidade auditiva diminuída.
	Critérios de Inclusão	Cliente com perturbação da ansiedade; stress; perturbações psicomotoras.
Local	Sala espaçosa, com luminosidade reduzida e baixo nível de ruído.	
Horário	<ul style="list-style-type: none"> - Conforme necessidade (SOS), em caso de ansiedade e/ou stress. - No período noturno, por forma a induzir o sono. 	
Recursos Humanos	- 1 EEESMP.	
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões / Cadeiras; - Almofadas; - Computador com coluna; - Música de relaxamento; - Esfigmomanómetro e estetoscópio; - Monitor de avaliação de sinais vitais. 	
Critérios de Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas dos clientes; - Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca); - Escala do stress percecionado (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Indicador NOC de Resultado para Nível de Estresse (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final).
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de relaxamento [técnica da imaginação guiada] (Anexo I)
Crítérios de Resultado/Avaliação Final	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas dos clientes; - Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca); - Escala do stress percecionado (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Estresse (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final).

ANEXO I

Comece relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés. Procure ficar confortável, concentrando-se na sua respiração. 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 livremente, visualize uma linda estrada. Relaxe. Deixe que o seu pensamento seja invadido por sentimentos de paz e harmonia.

Imagine-se a caminhar por essa estrada, a qual levará a um campo florido, repleto de margaridas. Atentamente visualize toda a área do campo. Observe cada pormenor e detalhe das margaridas, desde as pétalas, o caule, as folhas e as raízes.

Observe os tons de cores existentes, o seu formato, o movimento e o som do vento que percorre as margaridas. Repare que o seu corpo se sente mais leve, a sua respiração está mais controlada e profunda.

Pense no que essa paisagem lhe transmite, o tipo de energia, o sentimento, as memórias que essa visão lhe traz.

Permita que todas as associações de ideias e lembranças surjam tranquilamente. Solte a sua imaginação e permita-se explorar visualmente o campo de margaridas. Veja-se a passear entre as margaridas e, ao mesmo tempo, observe o vento. Sinta a harmonia. Procure sentir a brisa leve do vento a roçar a sua face, o cheiro fresco das margaridas. Procure equilibrar-se intimamente. Observe que também a terra faz esse mesmo movimento, permitindo o crescimento das margaridas.

Visualize o entrelaçamento da energia entre a terra e os pés das margaridas, a força e o vigor que vêm da terra, o frescor que vem do vento.

Sinta o calor fortalecedor dos raios do sol. Aproveite esse momento para libertar todas as tensões e armazenar as energias positivas.

Repare como se sente leve, num estado pleno de serenidade e paz. Agora, procure visualizar uma luz amarelada, quente e brilhante, como o sol, que fortalece os seus pensamentos com energias positivas. Sinta o calor dos raios solares a emanar o seu corpo e assimile todas as sensações do campo de margaridas.

Está completamente relaxado... Sente-se leve e solto... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés. Inspire novamente... Expire o ar lentamente. Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento. Aos poucos, prepara-se para começar a sentir o seu corpo. Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.

APÊNDICE V – TÉCNICA DE RELAXAMENTO

Planeamento da Sessão de Relaxamento		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir o stress e as suas consequências; - Aliviar o stress e a ansiedade; - Induzir o sono; - Diminuir a tensão muscular; - Desenvolver capacidade para lidar com o stress, com uso de técnica de relaxamento, promovendo o autorelaxamento. 	
Público-Alvo	Nº de Participantes	Máximo: 10.
	Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação psicomotora; - Défice cognitivo acentuado; - Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Estado confusional; - Acuidade auditiva diminuída.
	Critérios de Inclusão	Cliente com perturbação da ansiedade; stress; perturbações psicomotoras.
Local	Sala espaçosa, com luminosidade reduzida e baixo nível de ruído.	
Horário	<ul style="list-style-type: none"> - Se for com o objetivo de induzir o sono, o horário mais indicado será no final do turno da tarde ou início do turno da noite. - Conforme necessidade (SOS), em caso de ansiedade e/ou stress. 	
Recursos Humanos	- 1 EEESMP.	
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões; - Almofadas; - Rádio/Computador/Coluna; - CD com música de relaxamento; - Esfigmomanómetro e estetoscópio; - Monitor de avaliação de sinais vitais. 	
Critérios de Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas dos clientes; - Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca); - Escala do stress percecionado (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Indicador NOC de Resultado para Nível de Estresse (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final).
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de relaxamento.
Critérios de Resultado/Avaliação Final	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas dos clientes; - Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca); - Escala do stress percecionado (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Nível de Estresse (aplicar na sessão nº0 e sessão final); - Indicador NOC de Resultado para Sono (aplicar na sessão nº0 e sessão final).

APÊNDICE VI – REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes, a36849

Vila Nova de Famalicão

Novembro de 2024



Departamento: Ciências da Saúde

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Instituto Politécnico do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Foco: Ansiedade / Humor		
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas da cliente. - Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: - Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: - Indicador NOC de Resultado para Cognição: - Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade: - Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo da Ansiedade: 		
Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente / Humor depressivo		
Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida / Humor depressivo diminuído		
Objetivo: Reduzir a ansiedade; Melhorar o autocontrolo da ansiedade. / Melhorar o humor depressivo.		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
n.d. (não definido)	<ul style="list-style-type: none"> - Executar [reestruturação cognitiva] 	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação à cliente, avaliação inicial com recolha de dados do foro mental e físico, avaliação do nível de ansiedade e autocontrolo de ansiedade (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados. - Solicitar à cliente que descreva um dia habitual. - Questionar à cliente se gostaria de ter acompanhante durante as sessões. - Apresentar à cliente as primeiras impressões face aos dados colhidos. - Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da cliente. - Apresentar à cliente o número de sessões expectável e combinar a sua periodicidade. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima

		<p>sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão e apresentar à cliente o fundamento teórico que sustenta a reestruturação cognitiva. - Explicar em que consiste a reestruturação cognitiva, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 1-2 vezes por semana; total de 7 sessões). - Incentivar a cliente a verbalizar experiências positivas e problemas importantes que tenham surgido ao longo da semana. - Analisar com a cliente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico). - Auxiliar a cliente a compreender em que medida os seus pensamentos afetam as suas reações/comportamentos. - Negociar com a cliente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”, neste caso, o preenchimento de um quadro de emoções face a experiências vivenciadas ao longo da semana. - Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
--	--	--

		<p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none">- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.- Explicar objetivo da sessão.- Rever com a cliente o registo do quadro de emoções efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual.- Explorar, junto com a cliente, as emoções experienciadas e o seu significado percebido bem como se existiram fatores promotores de ansiedade/fatores ansiogénicos.- Auxiliar a cliente a examinar as suas emoções para alcançar a melhoria do nível de ansiedade e redução do medo bem como dos fatores concorrentes.- Permitir que a cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças face aos problemas.- Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.- Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none">- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.- Explicar objetivo da sessão.- Explicar à cliente que as autoverbalizações medeiam as emoções.- Auxiliar a cliente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais.
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a cliente a identificar as distorções cognitivas presentes. - Auxiliar a cliente a identificar as emoções negativas (neste caso, ansiedade e tristeza) e os stressores bem como identificar as potenciais interpretações erróneas relativamente aos stressores. - Auxiliar a cliente a identificar e substituir interpretações/crenças erróneas por interpretações baseadas na realidade concreta (neste caso, a interpretação sobre o seu papel em contexto laboral e individual). - Auxiliar a cliente a identificar situações ansiogénicas e fatores ansiolíticos que diminuam o nível de ansiedade experienciada. - Realizar afirmações/questões que desafiem a perceção/comportamento do cliente, face à sua situação/problema. - Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Auxiliar a cliente a identificar o sistema de crenças que potencialmente está a afetar a sua saúde mental. - Incentivar a cliente a realizar autoverbalizações mais positivas a fim de melhorar o seu autoconceito e reduzir a sua ansiedade. - Incentivar a cliente a realizar um registo de pensamentos automáticos/emoções e respostas adaptativas face a situações de lócus externo e interno potenciadoras de ansiedade. - Efetuar resumo da sessão, negociar com a cliente uma tarefa a ser realizada
--	---

		<p>como “trabalho de casa” (neste caso, o registo de pensamentos acima descrito), solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Rever com a cliente o registo de pensamentos efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual. - Antecipar, juntamente com a cliente, potenciais stressores e sintomas, e abordar estratégias que a mesma desenvolveu e que pode utilizar bem como situações nas quais deve procurar ajuda por parte de um profissional de saúde. - Preparar a cliente para a inevitabilidade das dificuldades futuras, mas também para a importância das ferramentas que possui para as enfrentar. - Incentivar a cliente a utilizar 10-15 minutos por semana para autoavaliar o seu nível de ansiedade e os sentimentos de tristeza, o uso de estratégias de resolução de problemas ou sentimentos que possam estar a afetar a sua ansiedade e a aumentar os seus sentimentos de tristeza. - Discutir com a cliente os progressos ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas. - Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados. - Dar resposta às potenciais preocupações da cliente relativamente ao fim da intervenção. - Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à cliente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.
--	--	--

		<p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo. Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta. Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Solicitar à cliente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita. - Solicitar à cliente uma avaliação da intervenção que se concluiu. - Avaliar nível de ansiedade, autocontrolo de ansiedade, equilíbrio do humor, nível de depressão e cognição (segundo dados do indicador NOC). - Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo. Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta. Duração da sessão: 60 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar ansiedade (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade). - Avaliar humor depressivo (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão e Equilíbrio do Humor). - Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição). 		

Critérios de Resultado:

- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade:
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Autocontrolo da Ansiedade:
- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor:
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão:
- Indicador NOC de Resultado para Cognição:
- Queixas subjetivas da cliente melhoradas/positivas.

APÊNDICE VII – RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL

RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes, A36849

Vila Nova de Famalicão

Novembro de 2024



Departamento: Ciências da Saúde

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Foco: Ansiedade / Humor

Atividades de Diagnóstico:

- Queixas subjetivas da cliente.
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade:
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Autocontrolo da Ansiedade:
- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor:
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão:
- Indicador NOC de Resultado para Cognição:

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente / Humor depressivo

Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade reduzida / Humor depressivo diminuído

Objetivo: Reduzir a ansiedade; Melhorar o autocontrolo da ansiedade. / Melhorar o humor depressivo.

Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	- Executar [relação de ajuda formal]	Sessão nº0: - Apresentação à cliente, avaliação da cognição, nível de depressão, equilíbrio do humor, nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados. - Estabelecer contacto/ligação com a cliente, questionar sobre o que despoleta a

	<p>procura de ajuda e a motivação/interesse em identificar e resolver o seu problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarificar expectativas face às dificuldades que foram identificadas. - Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da cliente e negociar um contrato terapêutico. - Propor uma estratégia de intervenção adaptada ao cliente e ao seu problema e informar sobre a intervenção psicoterapêutica proposta. - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Explicar em que consiste a RAF, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 1-2 vezes por semana; total de 5 sessões). - Clarificar os papéis dos intervenientes. - Clarificar e caracterizar o diagnóstico de Enfermagem ao qual a RAF irá dar resposta. - Analisar com a cliente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico). - Definir objetivos e avaliar a expectativa da cliente quanto à intervenção e orientar sobre a importância da sua participação ativa, favorecendo um clima de confiança (através de uma postura de aceitação e de não julgamento). - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima
--	---

		<p>sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Analisar com a cliente as dificuldades de resolução de problemas, as suas causas e os meios utilizados por esta para os resolver. - Orientar a cliente na procura de estratégias de resolução de problemas. - Discutir as vantagens e desvantagens das estratégias delineadas (através de um quadro de registo). - Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados. - Efetuar resumo da sessão, negociar com o cliente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa” (neste caso, o quadro de registo de estratégias), esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão. - Rever com a cliente o registo de estratégias efetuado como “trabalho de casa”
--	--	---

		<p>entre a última sessão e a atual.</p> <ul style="list-style-type: none">· Explorar, junto com a cliente, o desenvolvimento de estratégias alternativas de resolução e a sua aplicação.· Auxiliar a cliente a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos face às estratégias delineadas (neste caso, melhoria do humor e dos fatores concorrentes e redução da ansiedade).· Solicitar à cliente que selecione uma pessoa significativa que a possa ajudar na implementação das novas estratégias e incentivar o seu treino.· Permitir que a cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e insegurança face aos problemas.· Promover a autoaceitação da cliente mediante análise dos progressos alcançados.· Preparar a cliente para o final da intervenção.· Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none">· - Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.· - Explicar objetivo da sessão.· - Solicitar à cliente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita.· - Solicitar à cliente uma avaliação da RAF que se concluiu.· - Avaliar cognição, nível de depressão, equilíbrio do humor, nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade (segundo dados do indicador NOC).· - Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas.· - Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>. <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p>
--	--	---

		Duração da sessão: 60 minutos.
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar ansiedade (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade).- Avaliar humor depressivo (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão e Equilíbrio do Humor).- Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição).		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade:- Indicador NOC de Resultado para Nível de Autocontrolo da Ansiedade:- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor:- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão:- Indicador NOC de Resultado para Cognição:- Queixas subjetivas da cliente melhoradas/positivas.		

**APÊNDICE VIII – FOLHETO: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA**

Identifique os sinais de alarme de suicídio mais comuns.

Dificuldade de concentração	Falta de esperança
Alterações do sono	Alterações do apetite
Irritação e mudanças de humor	Consumo de álcool ou drogas
Perda de interesse	Sentimento de culpa ou fardo

Quais são os seus sinais de alarme?

Quem pode contactar? 

Agarre a vida. A sua vida importa.

Peça ajuda.

NÚMERO DE EMERGÊNCIA MÉDICA NACIONAL

112

SNS24 - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

808 24 24 24

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

229 391 441

saude.mental@ulsm.min-saude.pt



Prevenção do Suicídio

Programa de Intervenção na
Prevenção do Suicídio na Pessoa
Adulta



Em que consiste o programa de intervenção?

- Consultas semanais ou quinzenais;
- Adaptado a cada indivíduo e às suas necessidades;
- Acompanhamento individualizado e especializado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em articulação com Consulta de Psiquiatria.



Fatores Protetores

- Apoio de familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas significativas
- Sentido de responsabilidade pela família
- Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio
- Acesso a serviços de saúde
- Capacidade de resolver problemas e adaptar-se à mudança
- Auto-estima e planos para o futuro e satisfação com a vida

Sessões de Intervenção

SESSÃO N°1 - Data ___/___/___

Apresentação.

SESSÃO N°2 - Data ___/___/___

Reconhecer sinais de alarme.

Quais são os seus “alertas vermelhos”?

SESSÃO N°3 - Data ___/___/___

Identificar estratégias internas de coping.

O que pode fazer por si próprio para impedir pensamentos ou impulsos suicidas?

E qual a possibilidade de conseguir fazer durante uma crise?

SESSÃO N°4 - Data ___/___/___

Identificar contactos que possam ajudar a desviar atenção em momento de crise.

Quem é que o ajuda a sentir-se melhor?

Quais as situações sociais que o ajudam a desviar a atenção dos seus problemas?

SESSÃO N°5 - Data ___/___/___

Envolver a família e pessoas significativas.

Entre a sua família ou amigos, com quem acha que poderia entrar em contacto para obter ajuda durante uma crise?

Quem o apoia e com quem pode conversar quando está mais stressado?

SESSÃO N°6 - Data ___/___/___

Tornar o ambiente seguro.

O que é importante para si e pelo qual vale a pena viver?

*Utilize o seu **kit de esperança!***

SESSÃO N°7 - Data ___/___/___

Preparação da alta.

SESSÃO N°8 - Data ___/___/___

Follow-up / Seguimento pós-alta.



**APÊNDICE IX – POWERPOINT: PREVENÇÃO DO SUICÍDIO – PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA**



VIVER+

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA

Elaborado por Catarina Gomes no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
Sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) Sofia Garrido.

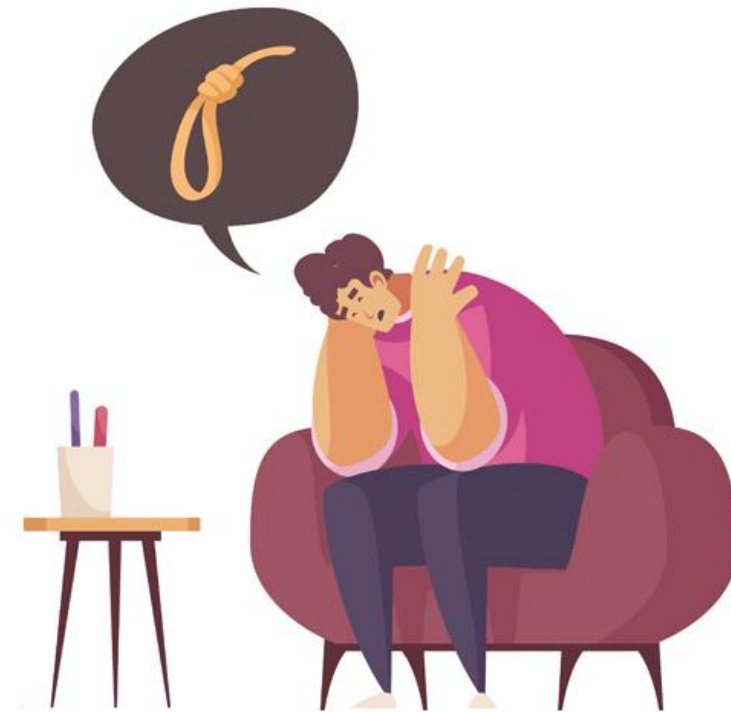
SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO
- APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
- OBJETIVOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
- AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO
- FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES
- SINAIS DE ALARME
- PLANO DE SEGURANÇA
- INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS MAIS IMPORTANTES
- CONCLUSÕES
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



INTRODUÇÃO

- O suicídio, considerado uma emergência psiquiátrica, é um comportamento autodestrutivo consciente e deliberado de um indivíduo com o intuito de terminar com a própria vida.
- Entendido como um fenômeno e uma tragédia a nível global, prevenível através da implementação de variadas intervenções segundo uma abordagem multidisciplinar, sendo a intervenção autónoma do EEESMP crucial na prevenção do suicídio.
- Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) de 9,9 habitantes por cada 100 000 (INE, 2024).



PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

- Constituído por 8 sessões individuais com duração aproximada de 1 hora.
- As sessões podem ser semanais ou quinzenais, mediante a situação clínica do cliente.
- Em articulação com consulta de Psiquiatria.



OBJETIVOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

- Prevenir o suicídio na pessoa adulta com ideação suicida.
- Diminuir o risco de suicídio.
- Identificar fatores de risco, fatores protetores e sinais de alarme do suicídio.
- Elaborar plano de segurança em conjunto com o cliente.
- Assistir o utente na gestão de stress, na melhoria do humor depressivo e na gestão de emoções.
- Promover a esperança e expectativas positivas.
- Reenquadrar experiências de vida do utente numa perspetiva positiva.
- Promover o envolvimento da família/pessoa significativa/rede de apoio disponível.
- Promover a adesão ao regime terapêutico.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

INCLUSÃO

- Cliente com idade igual ou superior a 18 anos;
- Cliente com história de tentativa de suicídio prévia ou tentativa de suicídio atual;
- Cliente com humor depressivo;
- Cliente com comportamento autodestrutivo;
- Cliente com ideação suicida;
- Cliente com plano de suicídio.

EXCLUSÃO

- Cliente com agitação psicomotora;
- Cliente com déficit cognitivo acentuado;
- Cliente com atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada;
- Cliente com estado confusional.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

IRIS - Índice de Risco de Suicídio
F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
- **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão maior unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA

- **História pessoal de comportamentos suicidários**
Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3
Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos previos ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos)
- **Plano suicida**
Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice

SCORE TOTAL

- Risco reduzido: score total < 5
- Risco intermédio: score total ≥ 5 e < 10
- Risco elevado: score total ≥ 10



FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES



FATORES DE RISCO

- Existência de ideação, intenção e plano de suicídio
- Acesso a meios letais
- Tentativas de suicídio prévias
- Sexo masculino
- Idade >45 anos
- Viúvos, divorciados e solteiros
- Antecedentes de doença psiquiátrica
- Doença psiquiátrica *de novo*/descompensada (depressão, doença bipolar, psicose...)
- Abuso de álcool e/ou substâncias psicoativas
- Desesperança
- Traços disfuncionais de personalidade, incluindo impulsividade
- Doença física terminal ou incapacitante
- História familiar de suicídio e/ou doença psiquiátrica
- Perda de suporte social e isolamento
- Perda recente marcante (luto, desemprego, perda material ou de estatuto)
- Exposição a suicídio

FATORES PROTETORES

- Ausência de doença mental
- Emprego
- Filhos em casa
- Sentido de responsabilidade pela família
- Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio
- Satisfação com a vida
- Estratégias de *coping*
- Capacidade de resolução de problemas
- Bom suporte social
- Boa relação terapêutica
- Acesso aos cuidados de saúde

SINAIS DE ALARME

- Discurso «suicida» com mensagens implícitas ou explícitas;
- Mudanças súbitas de comportamento (impulsividade, comportamentos de risco, isolamento social);
- Alterações do sono ou do apetite;
- Acontecimentos de vida recentes experienciados como humilhantes (ex. desemprego recente, perda económica ou de estatuto social);
- Dificuldades de concentração;
- Perda de interesse pelas atividades habituais (trabalho, escola, atividades sociais, desporto, etc.);
- Sentimentos persistentes de culpa;
- Autocriticismo e desesperança;
- Abuso de álcool e outras substâncias;
- Doação de bens pessoais significativos.

É IMPORTANTE QUE:

- Ouça;
- Fale abertamente sobre suicídio, sempre que implícito ou suspeitado;
- Mostre interesse e vontade de ajudar;
- Não julgue;
- Seja empático, não simpático;
- Identifique e valorize os fatores protetores;
- Não tome decisões pela pessoa;
- Expresse a sua preocupação sobre a segurança da pessoa;
- Proponha e discuta as alternativas disponíveis;
- Ajude a pessoa a decidir, envolvendo-a na tomada de decisão.

PLANO DE SEGURANÇA

PLANO DE SEGURANÇA	
Passo 1: Sinais de Alarme (pensamentos, imagens, situações, comportamentos...) desenvolvidos durante a crise.	
1.	
2.	
3.	
Passo 2: Estratégias internas de <i>coping</i> - coisas que eu posso para tirar meus pensamentos de problemas sem entrar em contato com outra pessoa (técnica de relaxamento, atividade física, etc.).	
1.	
2.	
3.	
Passo 3: Pessoas e situações sociais que me podem distrair na crise.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Lugar:	
Lugar:	
Passo 4: Pessoas a quem posso pedir ajuda.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Passo 5: Profissionais ou serviços que eu posso contactar durante uma crise.	
Nome do profissional:	Contacto:
Nome do profissional:	Contacto:
Serviço de Urgência local:	
Morada:	
Contacto:	
Linhas de apoio N.º Nacional de emergência médica: 112 SNS24: 808 24 24 24 Outra:	
Passo 6: Tornar o ambiente seguro.	
1.	
2.	
Algo que é importante para mim e pelo qual vale a pena viver é:	

1. Sinais de alarme

2. Estratégias internas de coping

3. Pessoas e situações sociais que me podem distrair na crise

4. Pessoas a quem posso pedir ajuda

5. Profissionais ou serviços que eu posso contactar durante uma crise

6. Tornar o ambiente seguro

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS MAIS IMPORTANTES

ESCU TA ATIVA

RELAÇÃO DE
AJUDA FORMAL

INTERVENÇÃO EM
CRISE

TÉCNICA DE
RESOLUÇÃO DE
PROBLEMAS

TÉCNICA DE
RELAXAMENTO
(técnica de
respiração profunda)

MINDFULNESS

PSICOEDUCAÇÃO
À FAMÍLIA

REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL
(atividades
ludoterapêuticas)

CONCLUSÕES



- O programa interventivo no suicídio apresenta quatro áreas de intervenção principal: classificação de risco e avaliação inicial; plano de segurança; abordagem individual e envolvimento da família.
- Permite elaborar um plano de cuidados individualizado e especializado a cada cliente, contribuindo para a prevenção do suicídio e obtendo ganhos em saúde para o cliente e respetiva família.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. (Washington: American Psychiatric Association) (5ª Edição).
- Ati, N., Paraswati, M., & Heni, W. (2020). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Curado, A. (2023). *Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio*. Instituto Politécnico de Setúbal; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Elrefaay, S., & Shalaby, M. (2019). Suicide Among Psychiatric Patients and Nursing Role: A Literature Review. *Journal of Nursing and Women's Health*, 3(1). <https://doi.org/10.29011/2577-1450.100156>
- Gnanapragasam, A., Paul, D., Sebastian, J., & Sathiyaseelan, M. (2021). Nursing Management of Patients with Psychiatric Emergencies. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 22(1). https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_40_21
- Mourinho, J. (2022). *Ideação Suicida: Avaliar, prevenir, intervir e cuidar - Intervenção do Enfermeiro Especialista na Comunidade*. Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal.
- Santos, S., Angonese, N., Meireles, T., & Oliveira, V. (2022). Atuação da enfermagem na assistência ao paciente com lesão autoprovocada na urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 11(5). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27702>
- Sisler, S., Schapiro, N., & Nakaishi, M. (2020). Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 33, 187–200.
- World Health Organization. (2023). Suicide. Consultado a 9 de Abril de 2024. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., & Silva, S. F. (2021). *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde*.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

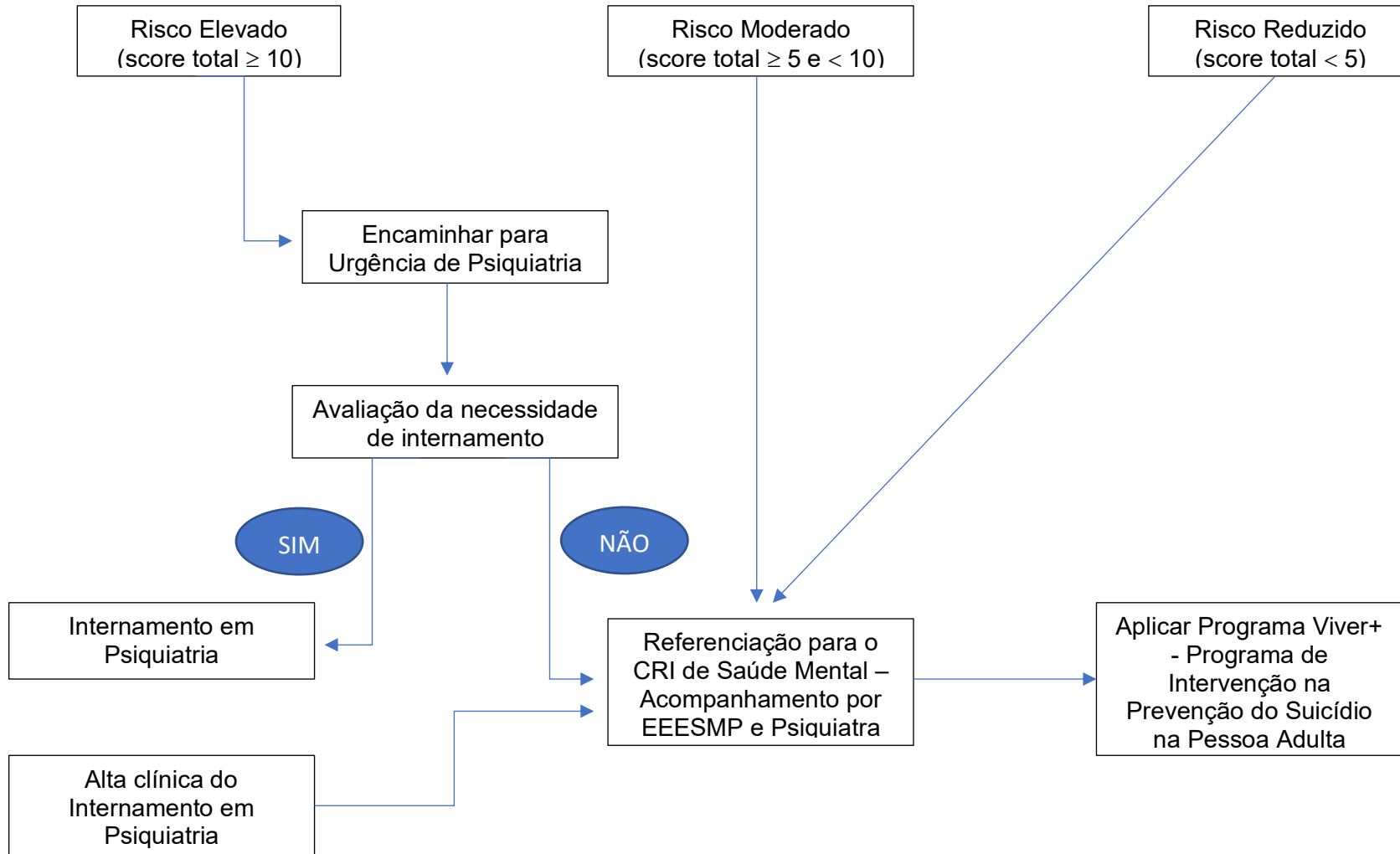
CATARINA GOMES (CATARINASSMG@GMAIL.COM)

SOFIA GARRIDO (SOFIA.CANEDO@ULSM.MIN-SAUDE.PT)



APÊNDICE X – ALGORITMO / *PATHWAY*: REFERENCIAÇÃO PARA O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA PESSOA ADULTA

Algoritmo de Referência para o Programa Viver+



**APÊNDICE XI – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: ÁLCOOL – CONHECER PARA
PREVENIR**

AUTO-TESTE

1. Alguma vez sentiu que deveria parar ou diminuir o consumo de álcool?

Sim Não

2. Alguma vez se sentiu irritado por alguém criticar o seu hábito de beber?

Sim Não

3. Alguma vez se sentiu culpado por causa da forma como costuma beber?

Sim Não

4. Já bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

Sim Não

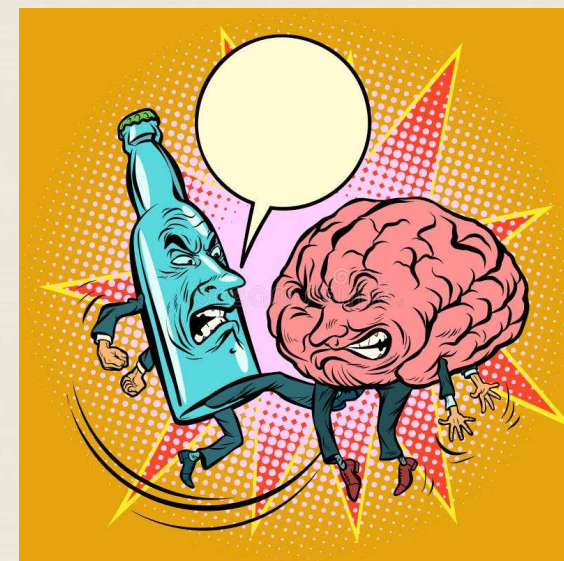


LEMBRE-SE QUE

- ❖ Misturar água ou qualquer refrigerante ao vinho ou outra bebida alcoólica, não diminui a quantidade de álcool que aí se encontra, apenas o dilui.
- ❖ Os efeitos do álcool são maiores quando a pessoa está em jejum ou o ingere rapidamente.
- ❖ As bebidas alcoólicas são ricas em calorias, potenciando o aumento do peso.
- ❖ O álcool pode afetar negativamente a fertilidade e a potência sexual.
- ❖ O consumo de bebidas alcoólicas em excesso diminui a esperança de vida e provoca um envelhecimento precoce.
- ❖ O álcool não dá energia nem melhora o apetite e ajuda na digestão.
- ❖ O álcool não é um medicamento porque não trata nem previne nenhuma doença.

Elaborado por Catarina Gomes no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da Enf.^a Sofia Garrido.

ÁLCOOL CONHECER PARA PREVENIR



O álcool é uma substância psicoativa que causa dependência, uma doença denominada alcoolismo, caracterizada por um forte desejo de beber, dificuldade de controlar o consumo e uso continuado apesar das consequências negativas, dando a pessoa prioridade ao consumo da bebida em prejuízo de outras atividades e obrigações.



ÁLCOOL E SAÚDE

O consumo de álcool é a 3ª causa de doença e morte prematura a nível mundial.

Efeitos a longo prazo do consumo excessivo do álcool

DOENÇA MENTAL

- Dependência
- Depressão
- Ansiedade

CEREBRAIS

- Alterações cognitivas

CARDIOVASCULAR

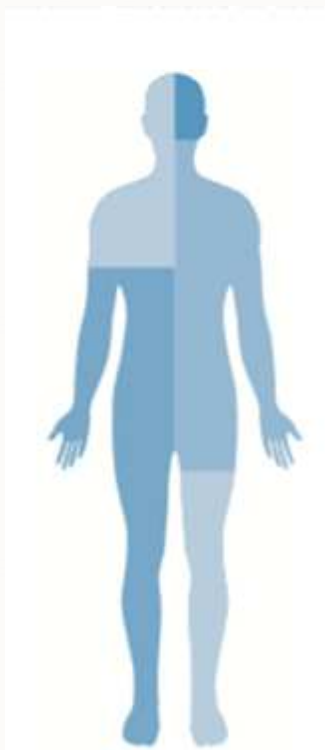
- Hipertensão arterial
- Arritmia
- Cardiomiopatia

FÍGADO

- Cirrose
- Hepatite

CANCRO

- Boca
- Garganta
- Esófago
- Fígado
- Colo-retal
- Mama



EFEITOS E MITOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL

- Portugal detém a taxa mais elevada de mortes por acidentes de viação da União Europeia: 2 mortos por dia segundo causas atribuíveis ao álcool.
- Cerca de 10,3% da população portuguesa com mais de 15 anos é doente alcoólica e 13,7% é consumidora excessiva.



Existem mais de 200 doenças associadas ao consumo de álcool, sendo as mais importantes a **doença hepática**, vários tipos de **cancro** e as **doenças cardiovasculares**.

Estima-se que morrem cerca de **2500 pessoas por ano** por doença hepática.

RISCOS IMEDIATOS PARA A SAÚDE

- Acidentes de viação, quedas, afogamentos e queimaduras
- Situações de violência e agressividade
- Comportamentos sexuais de risco
- Relacionamentos conflituosos
- Problemas laborais
- Problemas judiciais / criminais

1. BEBER ÁLCOOL COM MODERAÇÃO É SAUDÁVEL

Não existe uma quantidade "saudável" de álcool nem um consumo "seguro" de álcool. Qualquer quantidade de álcool é prejudicial à saúde, no entanto, quanto maior o consumo, maior será o efeito nocivo na saúde.

2. UM COPO DE VINHO POR DIA À REFEIÇÃO É SAUDÁVEL

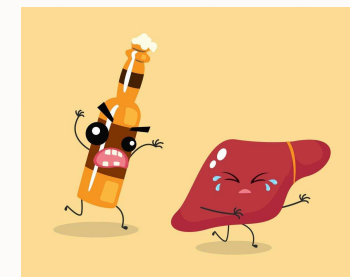
O efeito benéfico do vinho que tem sido anunciado ao longo de vários anos não compensa o risco acrescido que o consumo de álcool tem sobre várias doenças, tais como a doença hepática / cirrose, doenças cardiovasculares e vários tipos de cancros.

3. O ÁLCOOL NÃO É UMA DROGA

O álcool é uma substância psicoativa que causa dependência, semelhante a outros tipos de substâncias psicoativas.

4. BEBER SÓ AOS FINS DE SEMANA NÃO FAZ MAL

O chamado *binge drinking* ou consumo esporádico "pesado" de álcool (>5 bebidas para os homens e >4 bebidas para mulheres) confere um risco elevado para a saúde.



APÊNDICE XII – SESSÕES DE RELAXAMENTO NA PEDOPSIQUIATRIA

Programa de Relaxamento
Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Relaxamento”

Objetivos	<p>Reduzir o nível de ansiedade</p> <p>Promover aquisição de estratégias de autocontrole de ansiedade</p> <p>Promover a melhoria da qualidade do sono</p> <p>Melhorar o humor</p>
Público-alvo	<p>Adolescentes com diagnóstico de ansiedade presente/ autocontrole de ansiedade</p> <p>Adolescentes com humor comprometido</p>
Local e Horário	<p>Sala espaçosa, sem ruído e com baixa luminosidade</p> <p>3 sessões de 40 minutos</p> <p>2 vezes por semana</p>
Recursos Humanos	<p>Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP)</p>
Material	<p>Música, colchões, almofadas e aparelho de avaliação de sinais vitais.</p>
Procedimento	<p>O EEESMP apresenta-se e explica os principais objetivos das sessões, aplicando o relaxamento muscular modificado do “Manual de Enfermagem de Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções”, coordenado por Carlos Sequeira e Francisco Sampaio (2020), Capítulo 51 – Relaxamento, pp. 204-205, e imaginação guiada em sessões alternadas.</p>
Critérios de Avaliação Inicial e Final	<p>Questionar sobre compreensão da intervenção;</p> <p>Avaliar a motivação do grupo de adolescentes, através de expressão facial, envolvimento, participação e volição para iniciar a sessão;</p> <p>Observação do comportamento verbal e não verbal do grupo de adolescentes durante a sessão;</p> <p>Monitorizar os sinais vitais (Tensão Arterial (TA) e Frequência Cardíaca (FC)).</p>
Critérios de Exclusão	<p>Adolescentes com debilidade intelectual;</p> <p>Adolescentes com atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada;</p> <p>Adolescentes com agitação psicomotora;</p> <p>Adolescentes com estado confusional.</p>

1ª Sessão de Relaxamento

Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentar os objetivos; • Explicar intervenção a desenvolver; • Motivar para a realização da intervenção; • Monitorizar TA e a FC. 	Participativo Expositivo	Gabinete; mesa; cadeiras; colchões; mantas; almofadas; equipamento para monitorizar a TA e a FC; material de escrita; folha para registo.	10 m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Execução de técnica de imaginação guiada (temática à escolha do grupo de adolescentes). 	Participativo Ativo Expositivo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	20 m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover momento para que os adolescentes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada. • Monitorizar TA e a FC. • Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. • Cumprimentos finais. 	Participativo Interrogativo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	10 m

2ª Sessão de Relaxamento

Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentar os objetivos; • Explicar intervenção a desenvolver; • Motivar para a realização da intervenção; • Monitorizar TA e a FC. 	Participativo Expositivo	Gabinete; mesa; cadeiras; colchões; mantas; almofadas; equipamento para monitorizar a TA e a FC; material de escrita; folha para registo.	10 m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Execução de técnica de relaxamento muscular modificado. 	Participativo Ativo Expositivo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	20 m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover momento para que os adolescentes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada. • Monitorizar TA e a FC. • Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. • Cumprimentos finais. 	Participativo Interrogativo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	10 m

3ª Sessão de Relaxamento

Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentar os objetivos; • Explicar intervenção a desenvolver; • Motivar para a realização da intervenção; • Monitorizar TA e a FC. 	Participativo Expositivo	Gabinete; mesa; cadeiras; colchões; mantas; almofadas; equipamento para monitorizar a TA e a FC; material de escrita; folha para registo.	10 m
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Execução de técnica de imaginação guiada (temática à escolha do grupo de adolescentes). 	Participativo Ativo Expositivo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	20 m
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover momento para que os adolescentes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada. • Monitorizar TA e a FC. • Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. • Cumprimentos finais. 	Participativo Interrogativo	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante.	10 m

APÊNDICE XIII – JOGO DE CARTAS TERAPÊUTICAS: DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE COPING; GESTÃO DE EMOÇÕES; AUTOESTIMA E AUTOCONHECIMENTO

**JOGO DE CARTAS TERAPÊUTICAS:
DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE
COPING
GESTÃO DE EMOÇÕES
AUTOESTIMA E AUTOCONHECIMENTO**

Catarina Sofia de Sá Muge Gomes, A36849

Patrícia Isabel Reis Carneiro, A37219

Vila Nova de Famalicão

Abril de 2025



Departamento: Ciências da Saúde

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Foco: Autoestima					
Atividades de Diagnóstico / Critérios de Resultado:					
<ul style="list-style-type: none"> - Queixas subjetivas dos adolescentes. - Motivo de internamento. - Escala de Auto-Estima para Adolescentes. 					
Diagnóstico de Enfermagem: Baixa autoestima					
Resultado de Enfermagem esperado: Autoestima positiva / Autoestima melhorada					
Objetivo: Melhorar a autoestima e o autoconceito.					
Nº de Participantes: Máximo 10 adolescentes.					
Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes com idade compreendida entre os 12 e 17 anos internados no Serviço de Pedopsiquiatria; - Adolescentes com baixa autoestima. 				
Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes com agitação psicomotora; - Adolescentes com atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Adolescentes com estado confusional. 				
Sessão nº 1: “E Se...?”				Data: 24 de Abril de 2025	
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao grupo de adolescentes. - Obter consentimento de cada adolescente para recolha de dados e participação nas sessões. - Explicar objetivo da sessão. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>

<p>Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar e promover um ambiente seguro, acolhedor e de confiança para o grupo. - Possibilitar a partilha e a compreensão de vivências e motivações pessoais dos adolescentes. - Facilitar e promover a empatia entre o grupo. - Apresentar jogo terapêutico constituído por um baralho de cartas terapêuticas intituladas de “E Se...?”. - Questionar a cada adolescente a carta terapêutica selecionada abaixo, explorando a sua resposta no contexto psicológico, psicossocial, emocional e as estratégias de coping inerentes: <ul style="list-style-type: none"> - E se pudesses ser um animal? Qual serias? - E se pudesses realizar 3 desejos. Quais escolherias? - E se pudesses escolher um superpoder. Qual escolherias? 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Baralho de Cartas Terapêuticas; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>50 min.</p>
-------------------------------	---	---	--	--------------------------	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> - E se pudesses mandar uma mensagem para o teu “Eu” do passado? O que dirias? - E se tivesses que escolher alguém para ir ao espaço contigo. Quem escolherias? - Fomentar a partilha em grupo acerca das respostas às cartas terapêuticas e a relação interpessoal do grupo. - Possibilitar e promover um debate de ideias entre os adolescentes acerca das suas respostas às cartas terapêuticas e estratégias de coping inerentes. 				
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback dos adolescentes. - Esclarecer dúvidas dos adolescentes. - Demonstrar disponibilidade de espaço e tempo extra, se necessário, para esclarecimento de dúvidas em contexto individual, após o término da sessão. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>

Critérios de Resultado	<p>Efetuada intervenção psicoterapêutica em grupo, com a presença de três adolescentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 14 e 15 anos, com o objetivo de melhorar o autoconceito e a autoestima, fomentar a partilha e compreensão de vivências e motivações pessoais, promover a empatia entre o grupo, através de um jogo de cartas terapêutico intitulado de “E Se...?”, onde foram exploradas estratégias de coping no contexto psicológico, psicossocial e emocional.</p>
	<p>Adolescente nº1 (L.):</p> <ul style="list-style-type: none">- Escala de Auto-Estima para Adolescentes: score de 51 pontos. <p>Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa e comportamento adequado coerente ao seu comportamento e capacidade habitual.</p> <p>Nas respostas às cartas terapêuticas, revelou os pais como principal suporte e “porto-seguro”, demonstrando insight sobre a sua condição clínica e vontade de superar o diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN).</p> <p>Para além disso, efetuou um paralelismo entre a sua vida, relações interpessoais e aspecto físico antes e após do diagnóstico de AN, demonstrando novamente insight clínico e juízo crítico para a sua situação.</p> <p>Refere que gostaria de ser “uma pessoa forte e corajosa no futuro e ultrapassar a sua condição clínica, voltando ao que era antes do diagnóstico” (sic).</p> <p>Projeta-se no futuro referindo que gostava de reestabelecer as relações interpessoais que ficaram perdidas / estagnadas devido à sua condição clínica atual bem como conhecer o mundo através de viagens com a sua família.</p> <p>No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que achou a intervenção “interativa e divertida” (sic), referindo que se sentiu bem ao longo da sessão, demonstrando disponibilidade e interesse para as próximas sessões.</p>
	<p>Adolescente nº2 (A.):</p> <ul style="list-style-type: none">- Escala de Auto-Estima para Adolescentes: score de 51 pontos.

Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa dentro das suas limitações cognitivas, comportamento adequado e participativo.

No entanto, quando se encontrou sozinha com as Estudantes de Enfermagem do MESMP, revelou que se sentia melhor num papel em que utilizava as roupas do pai e do irmão, que se via como outra personagem na qual se sentia confortável; tendo encerrado o assunto quando chegaram as restantes adolescentes à sala.

Nas respostas às cartas terapêuticas, revelou os pais e o irmão gémeo como principais suportes e “porto-seguro”, apesar dos conflitos que esta revela e identifica como problemas interpessoais com o irmão, referindo que “gostaria de poder ler a mente do meu irmão para resolver conflitos entre nós” (sic).

Refere que, no passado, durante o período escolar, adotava uma personagem denominada por “Leonor”, onde utilizava saias e calções, acrescentando que era “mais extrovertida” (sic) e que se sentia “mais segura a interpretar esta personagem na escola, como forma de agradar os colegas e os pais” (sic).

Hoje, refere que mudaria a sua postura no passado e assumiria a sua própria identidade, “seria mais honesta com os outros” (sic).

Projeta-se no futuro referindo que gostava de conhecer o mundo através de viagens com a família.

No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que se sentiu “confusa por períodos porque me mexeu com o pensamento e não é costume abrir-me assim com outras pessoas” (sic), no entanto, acrescenta que também se sentiu bem e que gostou; demonstrando disponibilidade e interesse para as próximas sessões.

Adolescente nº3 (B.):

- Escala de Auto-Estima para Adolescentes: score de 49 pontos.

Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa diferente do seu comportamento habitual e comportamento adequado perante o grupo.

<p>Nas respostas às cartas terapêuticas, revelou os pais como principal suporte e “porto-seguro”, demonstrando insight sobre a sua condição clínica e vontade de superar o diagnóstico de AN, apesar de demonstrar receios em relação ao aumento de peso e na alteração da sua imagem corporal.</p> <p>Para além disso, efetuou um paralelismo entre a sua vida, relações interpessoais e aspecto físico antes e após o diagnóstico de AN; demonstrando novamente insight clínico e juízo crítico para a sua situação, “gostava de, no passado, não me ter preocupado com coisas fúteis como o peso; deveria ter-me deixado fluir e ligado às relações e aos estudos” (sic).</p> <p>Refere que se identifica como uma águia, por se considerar observadora e possuir visão geral sobre tudo (sic).</p> <p>No entanto, a meio da sessão, foi solicitada a comparecer em entrevista clínica com Pedopsiquiatra; sendo que, quando retornou à sessão, apresentou-se com uma postura defensiva e menos comunicativa.</p> <p>No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que achou a intervenção “interessante, apesar de não gostar muito de atividades” (sic); demonstrando pouca recetividade e disponibilidade para as próximas sessões.</p>					
Sessão nº 2: “Como eu me sinto...?”				Data: 25 de Abril de 2025	
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao grupo de adolescentes. - Obter consentimento de cada adolescente para recolha de dados e participação nas sessões. - Explicar objetivo da sessão. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar e promover um ambiente seguro, acolhedor e de confiança para o grupo. 	<p>Expositivo; Participativo;</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Baralho de</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>50 min.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar e promover a expressão de emoções por parte dos adolescentes. - Possibilitar e facilitar a partilha de emoções vivenciadas por parte dos adolescentes. - Auxiliar os adolescentes na consciencialização das emoções sentidas e expressadas bem como do seu significado. - Auxiliar na criação de estratégias de coping e gestão de emoções. - Facilitar e promover a empatia entre o grupo. - Apresentar jogo terapêutico constituído por um baralho de cartas terapêuticas intituladas de “Como eu me sinto...?”. - Questionar a cada adolescente a carta terapêutica selecionada abaixo, explorando a sua resposta no contexto psicológico, psicossocial, emocional e as estratégias de coping inerentes: <ul style="list-style-type: none"> - Ser feliz é... - Sou feliz quando... - Meu maior medo é... - Fico triste quando... 	<p>Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Cartas Terapêuticas; Folhas; Caneta.</p>		
--	---	----------------------------------	---	--	--

	<p>- Sinto raiva quando...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a partilha em grupo acerca das respostas às cartas terapêuticas e a relação interpessoal do grupo. - Possibilitar e promover um debate de ideias entre os adolescentes acerca das suas respostas às cartas terapêuticas, estratégias de coping inerentes e gestão de emoções. 				
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback dos adolescentes. - Esclarecer dúvidas dos adolescentes. - Demonstrar disponibilidade de espaço e tempo extra, se necessário, para esclarecimento de dúvidas em contexto individual, após o término da sessão. - Agendar próxima sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>
Critérios de Resultado	<p>Efetuada intervenção psicoterapêutica em grupo, com a presença de quatro adolescentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 14 e 15 anos, com o objetivo de melhorar o autoconceito e a autoestima, fomentar a partilha e compreensão de vivências e motivações pessoais, promover a empatia entre o grupo, através de um jogo de cartas terapêutico intitulado de “Como eu me sinto...?”, onde foram exploradas as emoções. O quarto adolescente foi</p>				

admitido posteriormente ao início da intervenção psicoterapêutica, no entanto, cumpria os critérios de inclusão e era benéfico para este e para o grupo a sua participação; motivo pelo qual foi integrado.

Adolescente nº1 (L.):

Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa e comportamento adequado coerente ao seu comportamento e capacidade habitual. Notava-se alguma inquietude associada à autorização de licença de ensaio, sendo que faltava uma hora para a sua saída do internamento.

Nas respostas às cartas terapêuticas, revelou não saber identificar os medos que possuía.

Para além disso, revela que é feliz quando pratica atividades que gosta no seu tempo livre, como “ir à praia” (sic), e passar tempo de qualidade com os pais.

Após estas duas cartas terapêuticas, os pais da adolescente chegaram ao serviço, tendo a mesma saído da sessão; pelo que não foi possível continuar e obter feedback e resultados.

Adolescente nº2 (A.):

Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa dentro das suas limitações cognitivas, comportamento adequado e participativo.

Denota-se que apresenta pensamento ruminante acerca do irmão e de comportamentos conflituosos associados ao mesmo, sendo que as suas respostas são sempre em torno desta temática.

Nas respostas às cartas terapêuticas, revelou ter medo de ficar sozinha em casa e cair da varanda, por possuir “medo de alturas” (sic).

Refere sentir-se feliz quando ouve músicas da sua banda favorita BTS (sic). Em acréscimo, refere que sente raiva quando o irmão lhe bate por ela tentar cuidar dele; “quando ele cai das escadas, tento cuidar dele e ele bate-me” (sic).

Para a adolescente A., o conceito de felicidade é “ouvir músicas e fazer coisas que gostamos” (sic).

No que concerne à tristeza, mantém o pensamento ruminante acerca do irmão, referindo “quando o meu irmão cai das escadas e se magoa, tenho que cuidar dele e eu não gosto de cuidar de pessoas” (sic). Para além disso, refere sentir-se triste quando obtém “más notas” na escola (sic).

No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que se sentiu “confusa como na sessão anterior, mas mais livre para expressar os sentimentos” (sic), no entanto, acrescenta que também se sentiu bem e que gostou; demonstrando disponibilidade e interesse para as próximas sessões.

Adolescente nº3 (B.):

Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa diferente do seu comportamento habitual e comportamento adequado perante o grupo. No entanto, denotava-se alguma renitência em participar na sessão bem como inquietude por possuir autorização de licença de ensaio, sendo que faltava uma hora para a sua saída do internamento.

Nas respostas às cartas terapêuticas, revela ter medo da morte e do sofrimento inerente; acrescentando “não gosto de ter dor” (sic). Em relação à felicidade, esta sente-se feliz quando está com a sua melhor amiga e família, “consigo ser eu própria” (sic). Define como o seu conceito de felicidade, o “ser livre, puder fazer o que me vier à alma e saber gerir a liberdade que nos é dada” (sic).

Acrescenta que se sente com raiva quando “as coisas não ficam como quero, sou perfeccionista, quero tudo perfeito, se não estiver como eu gosto, rasgo, parto ou deito fora” (sic).

Refere, em acréscimo, sentir-se triste quando obtém “más notas” (sic) na escola, associando por ela própria à sua característica pessoal de perfeccionismo.

No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que “não gosto de me abrir às pessoas”, demonstrando pouca receptividade e disponibilidade para as próximas sessões.

Adolescente nº4 (M.):

	<p>Durante a execução da intervenção psicoterapêutica, a adolescente demonstrou boa integração no grupo, capacidade comunicativa e comportamento adequado face ao grupo.</p> <p>Nas respostas às cartas terapêuticas, a adolescente refere possuir “medo de ficar sozinha e desamparada” (sic) bem como “medo de vomitar, eu tenho emetofobia” (sic).</p> <p>Em relação à felicidade, refere que é feliz quando “faço atividades que gosto” (sic), no entanto, não as especifica. Para além disso, o seu conceito de felicidade é “viver a vida, deixar fluir e aproveitar os momentos” (sic).</p> <p>Refere que se sente com raiva quando “não consigo atingir os objetivos a que me proponho” (sic). Em acréscimo, refere, de igual forma, sentir-se triste quando obtém “más notas” (sic).</p> <p>Durante a sessão, a adolescente demonstrou insight clínico e juízo crítico face à sua condição clínica, uma vez que é um segundo internamento por recidiva de AN. Neste contexto, esta refletiu sobre estratégias que poderia ter adotado após a alta e que lhe permitisse obter um resultado diferente do atual, reduzindo a probabilidade de recidiva e reinternamento.</p> <p>No final da intervenção psicoterapêutica, a adolescente referiu que “não gosto muito de falar do que penso” (sic), no entanto, demonstrou disponibilidade e interesse para as próximas sessões.</p>				
Sessão nº 3: “Autoestima e Autoconhecimento”					
Etapas	Atividades	Método	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar cumprimentos iniciais e apresentação ao grupo de adolescentes. - Obter consentimento de cada adolescente para recolha de dados e participação nas sessões. - Explicar objetivo da sessão. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>

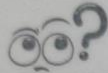
<p>Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar e promover um ambiente seguro, acolhedor e de confiança para o grupo. - Promover o autoconhecimento e a autoconsciência dos adolescentes. - Facilitar ao adolescente a aceitação de si próprio enquanto ser individual. - Facilitar a promoção de uma autoestima positiva. - Promover a adesão e consciencialização do adolescente face à sua rede de apoio/pessoas significativas. - Facilitar e promover a empatia entre o grupo. - Apresentar jogo terapêutico constituído por um baralho de cartas terapêuticas intituladas de “Autoestima e Autoconhecimento”. - Questionar a cada adolescente a carta terapêutica selecionada abaixo, explorando a sua resposta no contexto psicológico, psicossocial, emocional e as estratégias de coping inerentes: <ul style="list-style-type: none"> - A opinião dos outros é importante para ti? 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Baralho de Cartas Terapêuticas; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>50 min.</p>
-------------------------------	--	---	--	--------------------------	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Quem mais te encoraja? - Sentes dificuldades em dizer “Não”? - Qual é a pessoa a quem pedes mais conselhos? - Por quem te sentes mais valorizado? - Como te sentes quando falhas? <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a partilha em grupo acerca das respostas às cartas terapêuticas e a relação interpessoal do grupo. - Possibilitar e promover um debate de ideias entre os adolescentes acerca das suas respostas às cartas terapêuticas. - Fomentar e preparar o fim da relação terapêutica. 				
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar síntese da sessão e solicitar feedback dos adolescentes. - Esclarecer dúvidas dos adolescentes. - Demonstrar disponibilidade de espaço e tempo extra, se necessário, para esclarecimento de dúvidas em contexto individual, após o término da sessão. - Efetuar cumprimentos finais. 	<p>Expositivo; Participativo; Ativo; Interrogativo.</p>	<p>Sala ampla; Mesa; Cadeiras; Folhas; Caneta.</p>	<p>1 a 2 EEESMP.</p>	<p>5 min.</p>

ANEXOS

APÊNDICE XIV – GALERIA DE IMAGENS: CARTAS TERAPÊUTICAS

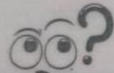
E se...
...você tivesse que
escolher alguém para
ir ao espaço com você.
Quem escolheria?



E se...
...você pudesse mandar
uma mensagem para
você do passado?
O que diria?



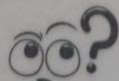
E se...
...você pudesse
escolher um
super poder.
Qual escolheria?



E se...
...você pudesse
realizar
03 desejos.
Quais escolheria?



E se...
...você pudesse
ser um animal?
Qual seria?



Complete a frase

Sinto raiva
quando...

@livroterapia.recursos

Complete a frase

Fico triste
quando...

@livroterapia.recursos

Complete a frase

Meu maior
medo é...

@livroterapia.recursos

Complete a frase

Ser feliz é....

@livroterapia.recursos

**Por quem
você mais
se sente
valorizado?**

@livroterapia.recursos

**A opinião dos
outros é
importante
para você?**

@livroterapia.recursos

**Sente
dificuldades em
dizer "Não"?**

@livroterapia.recursos

**De quem você
mais pede
conselhos?**

@livroterapia.recursos

**Quem mais
o encoraja?**

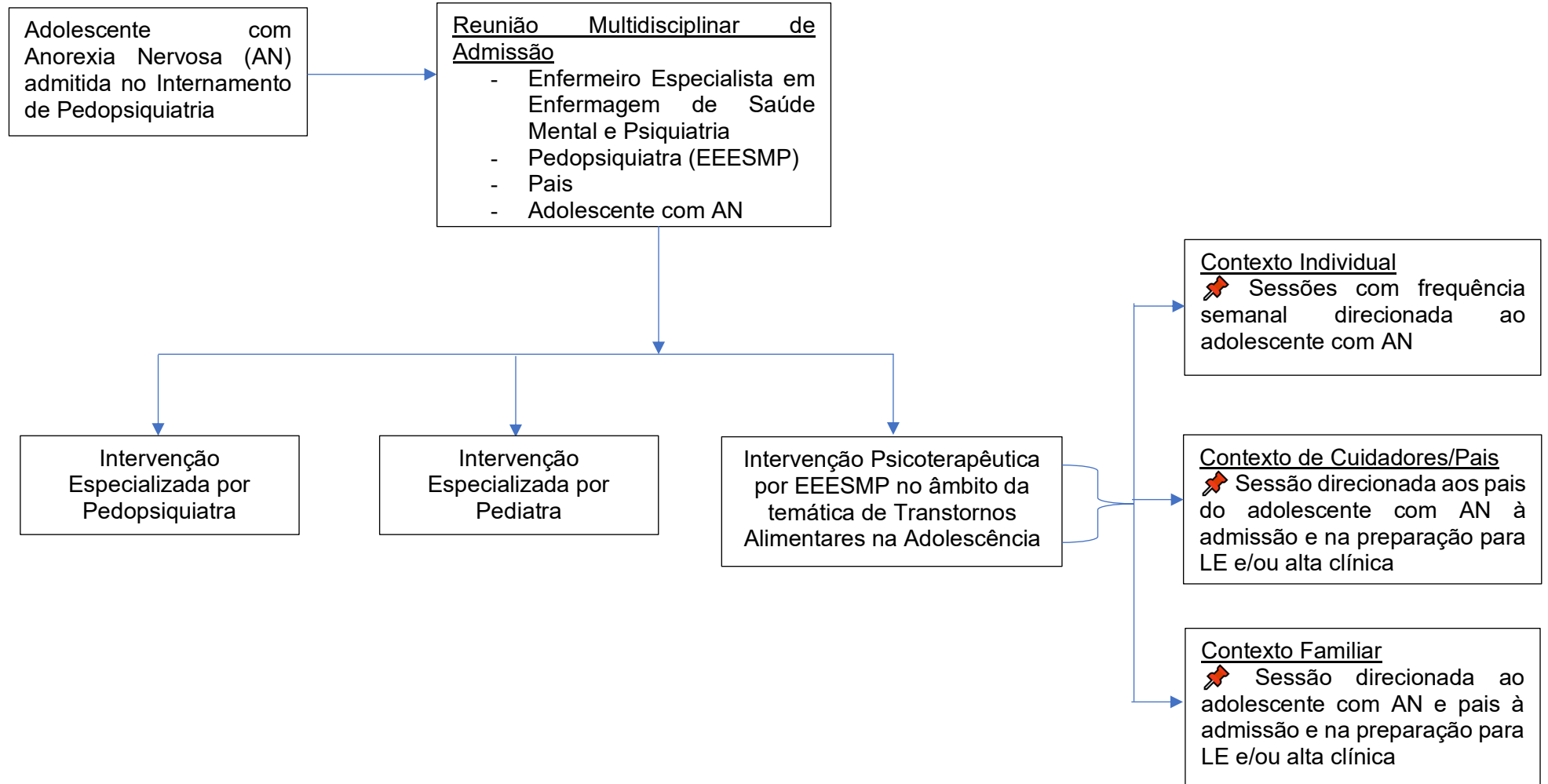
@livroterapia.recursos

**Como se
sente quando
falha?**

@livroterapia.recursos

**APÊNDICE XV – ALGORITMO / *PATHWAY*: PREPARAÇÃO PARA A ALTA EM
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA**

Algoritmo de Preparação para a Alta em Adolescentes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa



📌 As sessões de psicoeducação devem ser implementadas previamente às autorizações de Licenças de Ensaio (LE) e à alta clínica, com o objetivo principal de preparar a saída do internamento e o regresso ao ambiente externo.

APÊNDICE XVI – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA – GUIA PARA PAIS

Tratamento e Recuperação

A recuperação exige um acompanhamento cuidadoso e multidisciplinar:

- Intervenções Psicoterapêuticas realizadas por Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
- Acompanhamento de pedopsiquiatria e nutrição
- Acompanhamento dos pais e/ou cuidadores
- Terapia familiar, quando necessário

 É um processo.

Com paciência, amor e apoio especializado, a recuperação é possível.

Mensagem Final

Mostrar amor incondicional, ouvir sem julgar e pedir ajuda são os maiores gestos que pode oferecer ao seu filho(a). Não está sozinho(a) – há profissionais e instituições preparados para ajudar.



Recursos e Apoio em Portugal

SNS – Linha Saúde 24: 808 24 24 24

APTA – Associação Portuguesa de Transtornos Alimentares

Centros de Saúde Mental
Infantojuvenil

Escolas e agrupamentos com psicólogo



Elaborado por Catarina Gomes e Patrícia Carneiro no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da Enf.ª Alice Gonçalves e Enf.ª Cristina Torres.

Transtornos Alimentares na Adolescência

Guia para Pais

Como compreender e ajudar jovens com anorexia e bulimia

O Que São Transtornos Alimentares?

São problemas sérios de saúde mental, que afetam profundamente a relação de um jovem com a comida, o corpo e a autoestima.

O Que Está Por Trás Deste Comportamento?

Os transtornos alimentares resultam de uma combinação de fatores:

- **Psicológicos:** baixa autoestima, perfeccionismo, necessidade de controlo.
- **Sociais:** pressão por padrões de beleza irreais, bullying, redes sociais.
- **Familiares:** dinâmicas disfuncionais, excesso de exigência ou crítica.
- **Biológicos:** predisposição genética, alterações químicas no cérebro.

👁️ Como Identificar Sinais de Alerta?

Estes sinais podem ser discretos!

Esteja atento a:

Mudanças Físicas:

- Perda significativa de peso ou variações rápidas
- Fadiga, tonturas, ausência de menstruação
- Pele seca, queda de cabelo, unhas quebradiças

Mudanças Comportamentais:

- Evitar refeições ou comer em segredo
- Preocupação excessiva com dietas e exercício
- Isolamento social, irritabilidade, ansiedade
- Visitas frequentes à casa de banho após comer



Confie no seu instinto.

Se algo parece errado, é importante agir cedo.



O que fazer:

- Crie um ambiente de escuta e confiança.
- Evite críticas ao corpo – o seu e o dos outros.
- Mantenha refeições regulares em família.
- Mostre disponibilidade para conversar, sem julgamento.
- Procure ajuda especializada o quanto antes.

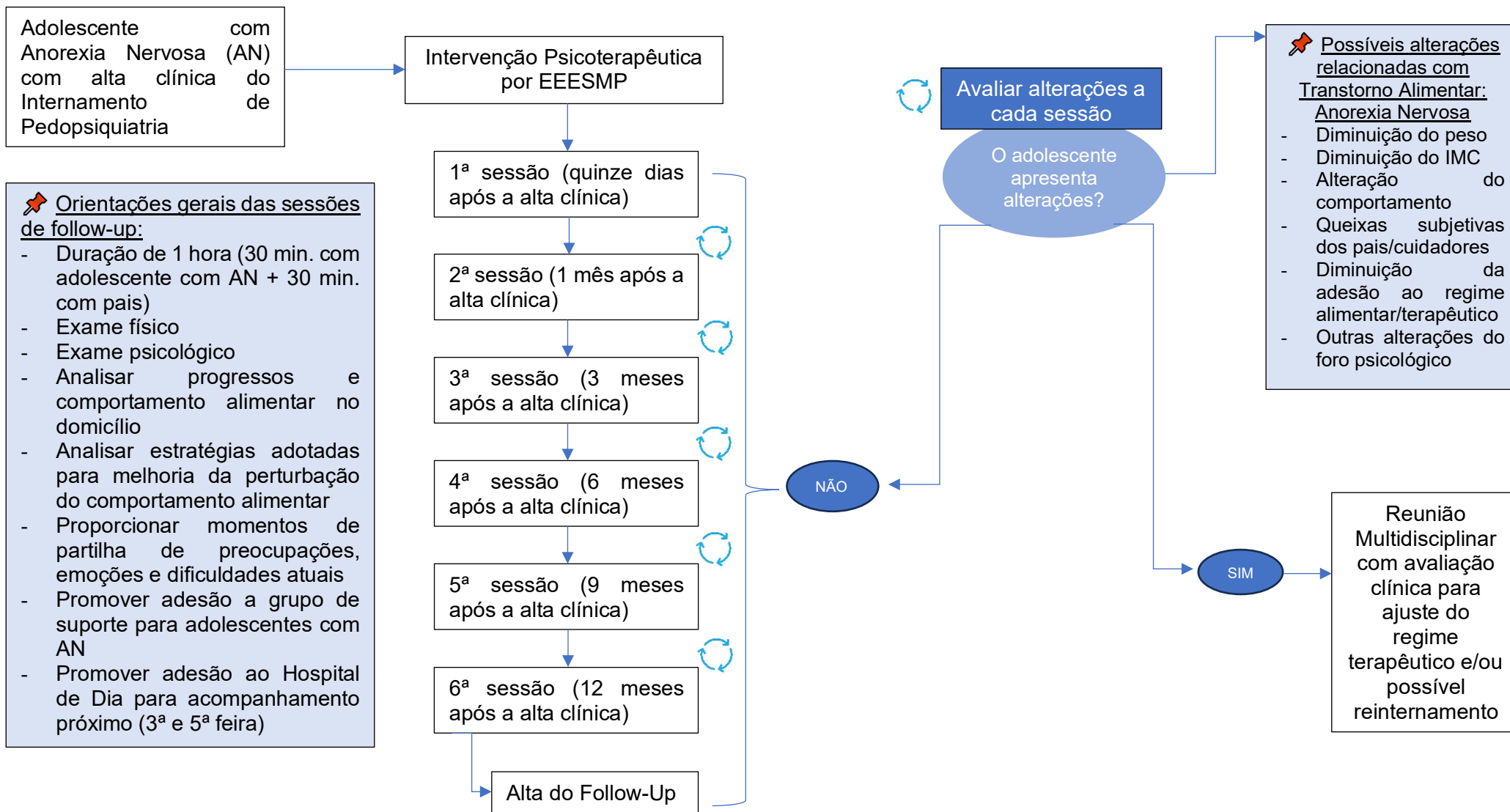


O que evitar:

- Forçar a comer ou controlar rigidamente.
- Dizer “é só uma fase” ou “isso passa”.
- Envergonhar, castigar ou comparar com outros.
- Culparabilizar-se – os transtornos alimentares são multifatoriais.

**APÊNDICE XVII – ALGORITMO / PATHWAY: FOLLOW-UP PARA ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA**

Algoritmo de Follow-Up para Adolescentes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa



**APÊNDICE XVIII – POWERPOINT: ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES:
ANOREXIA NERVOSA**

ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA NERVOSA

ALGORITMO DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA CLÍNICA E FOLLOW-UP



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ELABORADO POR:

CATARINA SOFIA DE SÁ MUGE GOMES (Nº36849)

PATRÍCIA ISABEL REIS CARNEIRO (Nº37219)

SOB A ORIENTAÇÃO DAS ENFERMEIRAS MONITORAS:

ALICE GONÇALVES

CRISTINA TORRES

ABRIL, 2025



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**santo
antónio**
CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO



**hospital de
magalhães lemos, e.p.e.**



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
E UNIVERSITÁRIO

SUMÁRIO

- OBJETIVOS INTRODUTÓRIOS
- CONCEITO DE ANOREXIA NERVOSA
- PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO E INTERNAMENTO EM PORTUGAL
- ALGORITMO DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA CLÍNICA
- GUIA PARA PAIS: COMO COMPREENDER E AJUDAR JOVENS COM ANOREXIA E BULIMIA
- ALGORITMO DE FOLLOW-UP
- CONCLUSÕES
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBJETIVOS INTRODUTÓRIOS

- Sensibilização para a temática da anorexia nervosa
- Abordagem psicoeducativa do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ao adolescente e respetivos pais e/ou cuidadores
- Apresentação de um algoritmo / pathway clínica de preparação para a alta clínica do adolescente
- Apresentação de folheto informativo direcionado para os pais e/ou cuidadores do adolescente
- Apresentação de um algoritmo / pathway clínica de follow-up do adolescente após alta clínica



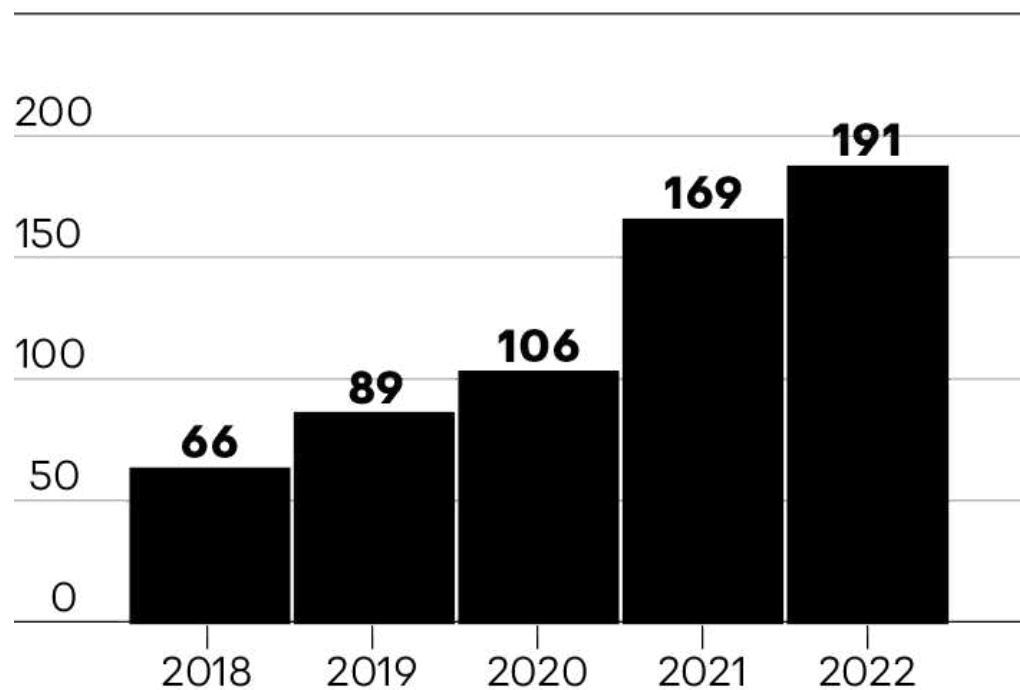
CONCEITO DE ANOREXIA NERVOSA

- A anorexia nervosa caracteriza-se por ser uma perturbação de ingestão alimentar onde ocorre alteração da ingestão ou alimentação por parte do indivíduo manifestada por: perda de peso significativa, défice nutricional significativo e interferência com o funcionamento psicossocial (APA, 2022).
- Subdivide-se em anorexia nervosa do tipo restritivo (onde ocorre perda de peso através de dieta, jejum e/ou prática de exercício físico excessivo) e do tipo compulsivo/purgativo (onde ocorre provocação do vômito, uso de laxantes, diuréticos ou enemas de forma inadequada) (APA, 2022).

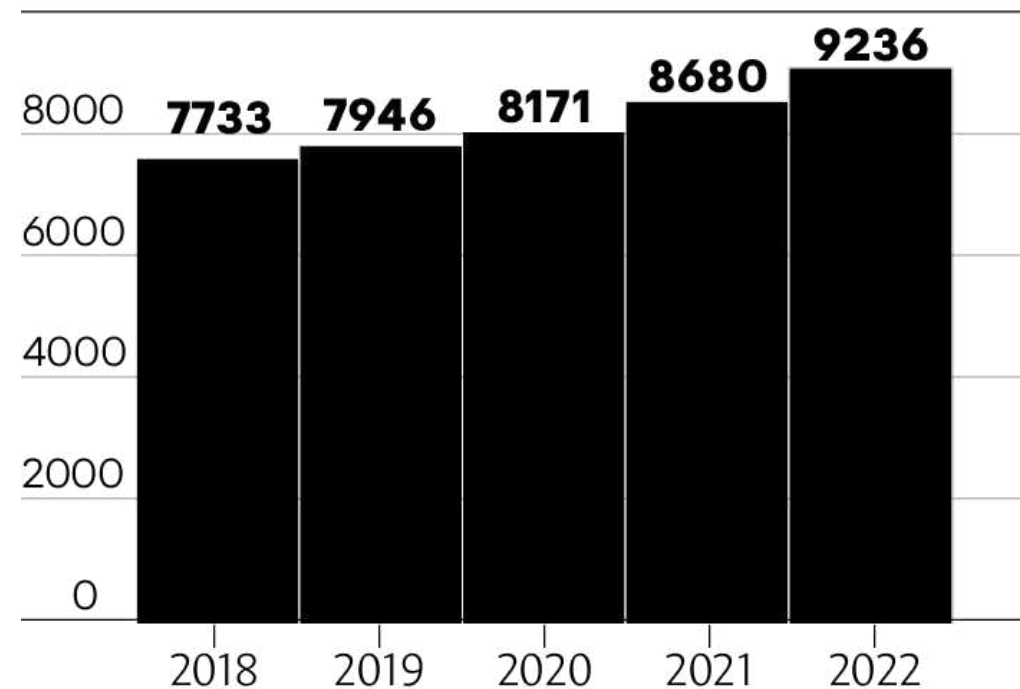


PREVALÊNCIA DO DIAGNÓSTICO E INTERNAMENTO EM PORTUGAL

NÚMERO DE INTERNAMENTOS COM REGISTO DE ANOREXIA COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL



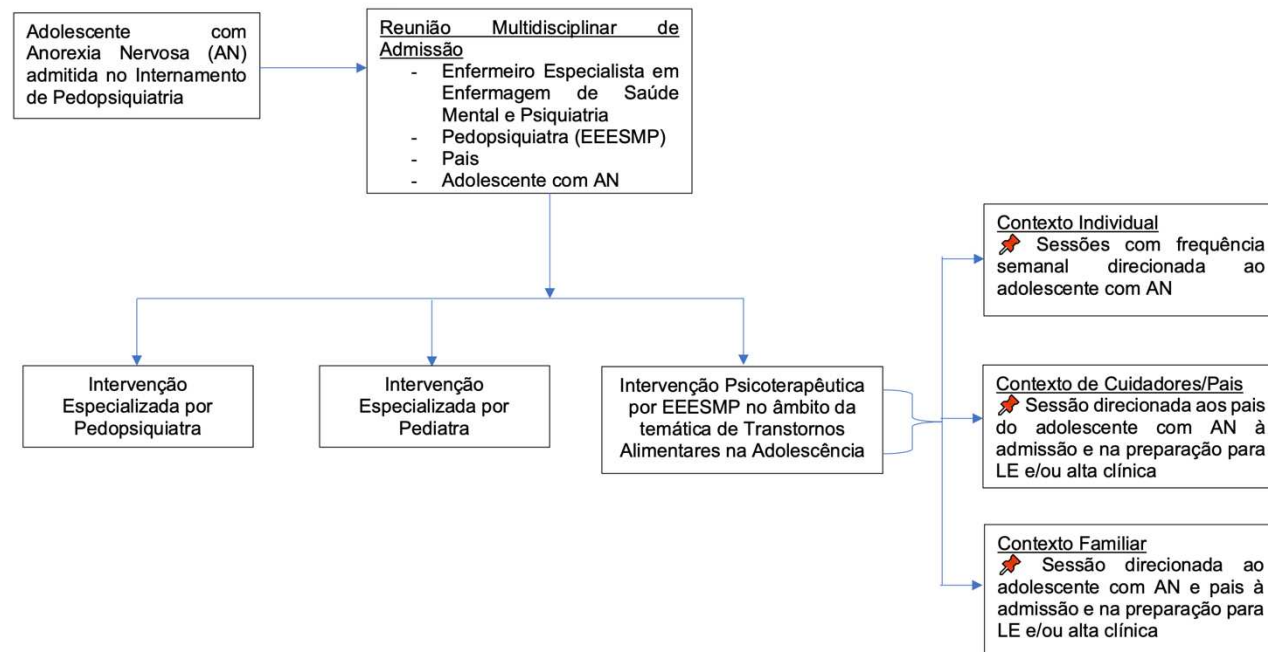
NÚMERO DE DOENTES REGISTRADOS NOS CENTROS DE SAÚDE COM DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA/BULIMIA



Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), do Ministério de Saúde citado por Bento et.al, 2023

ALGORITMO DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA CLÍNICA

Algoritmo de Preparação para a Alta em Adolescentes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa




📌 As sessões de psicoeducação devem ser implementadas previamente às autorizações de Licenças de Ensaio (LE) e à alta clínica, com o objetivo principal de preparar a saída do internamento e o regresso ao ambiente externo.

GUIA PARA PAIS

Tratamento e Recuperação

A recuperação exige um acompanhamento cuidadoso e multidisciplinar:

- Intervenções Psicoterapêuticas realizadas por Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
- Acompanhamento de pedopsiquiatria e nutrição
- Acompanhamento dos pais e/ou cuidadores
- Terapia familiar, quando necessário

 É um processo.

Com paciência, amor e apoio especializado, a recuperação é possível.

Mensagem Final

Mostrar amor incondicional, ouvir sem julgar e pedir ajuda são os maiores gestos que pode oferecer ao seu filho(a). Não está sozinho(a) – há profissionais e instituições preparados para ajudar.



Recursos e Apoio em Portugal

SNS – Linha Saúde 24: 808 24 24 24

APTA – Associação Portuguesa de Transtornos Alimentares

Centros de Saúde Mental Infantojuvenil

Escolas e agrupamentos com psicólogo



Elaborado por Catarina Gomes e Patrícia Carneiro no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da Enf.ª Alice Gonçalves e Enf.ª Cristina Torres.

Transtornos Alimentares na Adolescência

Guia para Pais

Como compreender e ajudar jovens com anorexia e bulimia

GUIA PARA PAIS

⊕ Que São Transtornos Alimentares?

São problemas sérios de saúde mental, que afetam profundamente a relação de um jovem com a comida, o corpo e a autoestima.

⊕ Que Está Por Trás Deste Comportamento?

Os transtornos alimentares resultam de uma combinação de fatores:

- **Psicológicos:** baixa autoestima, perfeccionismo, necessidade de controlo.
- **Sociais:** pressão por padrões de beleza irreais, bullying, redes sociais.
- **Familiares:** dinâmicas disfuncionais, excesso de exigência ou crítica.
- **Biológicos:** predisposição genética, alterações químicas no cérebro.

👁️ Como Identificar Sinais de Alerta?

Estes sinais podem ser discretos!

Esteja atento a:

Mudanças Físicas:

- Perda significativa de peso ou variações rápidas
- Fadiga, tonturas, ausência de menstruação
- Pele seca, queda de cabelo, unhas quebradiças

Mudanças Comportamentais:

- Evitar refeições ou comer em segredo
- Preocupação excessiva com dietas e exercício
- Isolamento social, irritabilidade, ansiedade
- Visitas frequentes à casa de banho após comer

📌 Conte no seu instinto.

Se algo parece errado, é importante agir cedo.

✅ O que fazer:

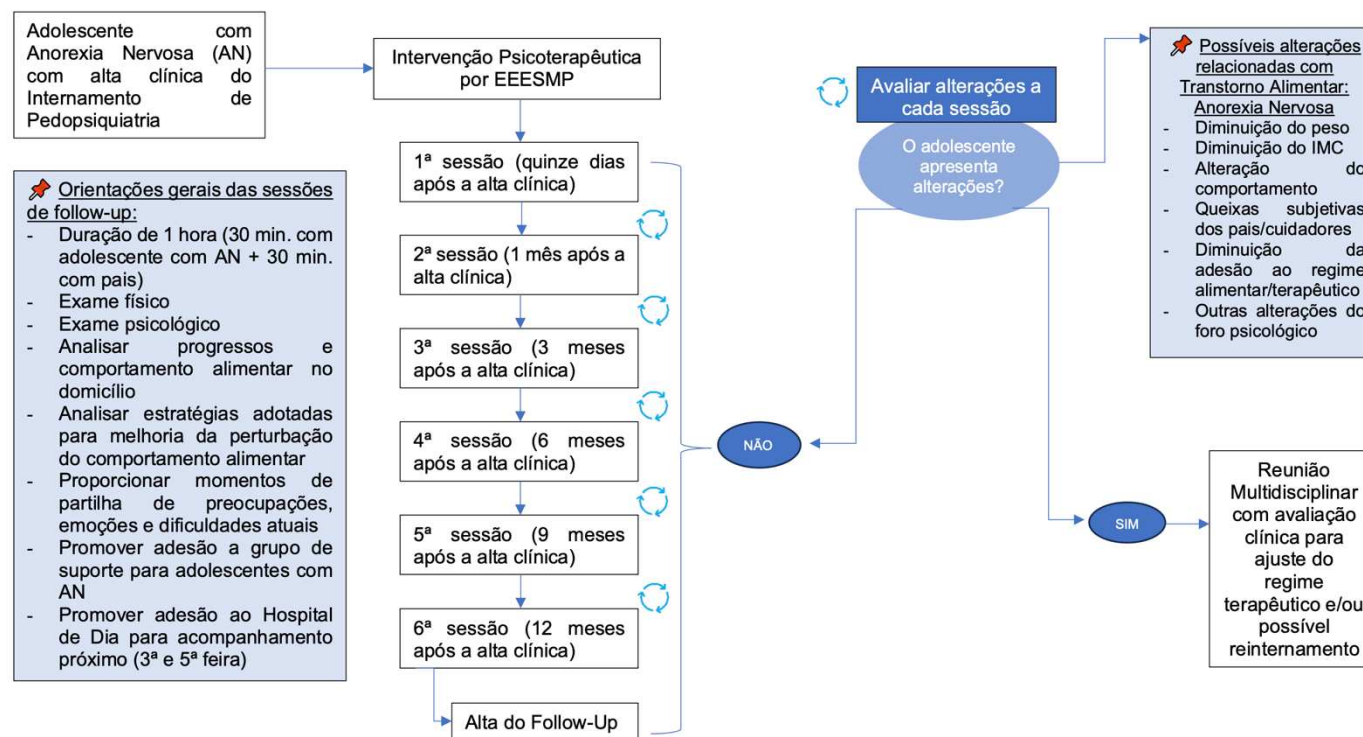
- Crie um ambiente de escuta e confiança.
- Evite críticas ao corpo – o seu e o dos outros.
- Mantenha refeições regulares em família.
- Mostre disponibilidade para conversar, sem julgamento.
- Procure ajuda especializada o quanto antes.

❌ O que evitar:

- Forçar a comer ou controlar rigidamente.
- Dizer “é só uma fase” ou “isso passa”.
- Envergonhar, castigar ou comparar com outros.
- Culpabilizar-se – os transtornos alimentares são multifatoriais.

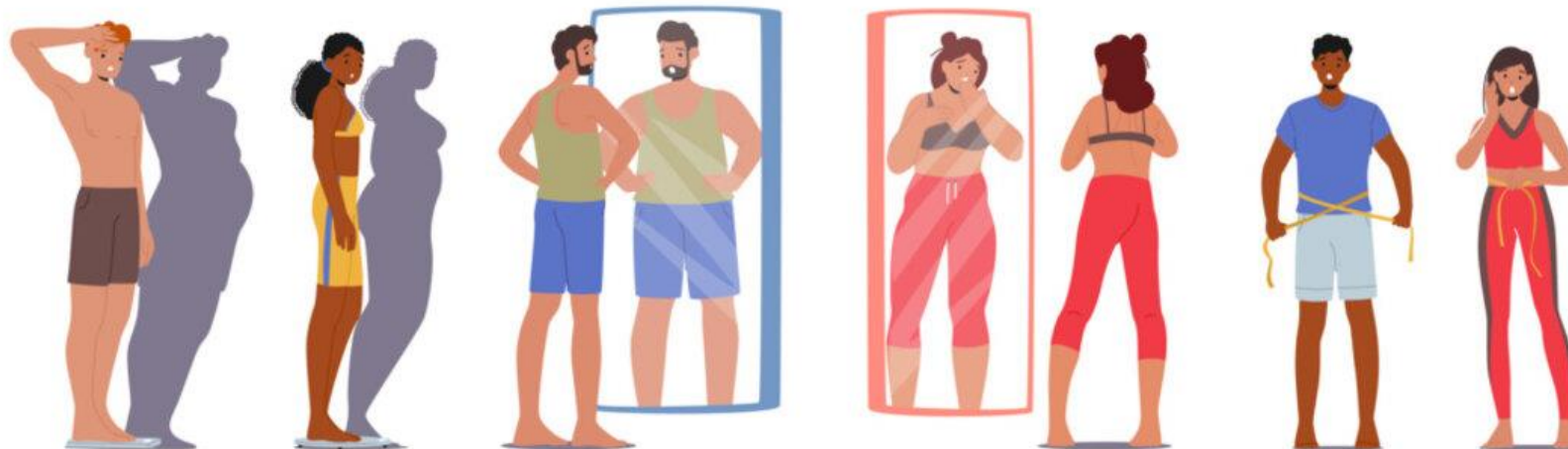
ALGORITMO DE FOLLOW-UP

Algoritmo de Follow-Up para Adolescentes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa



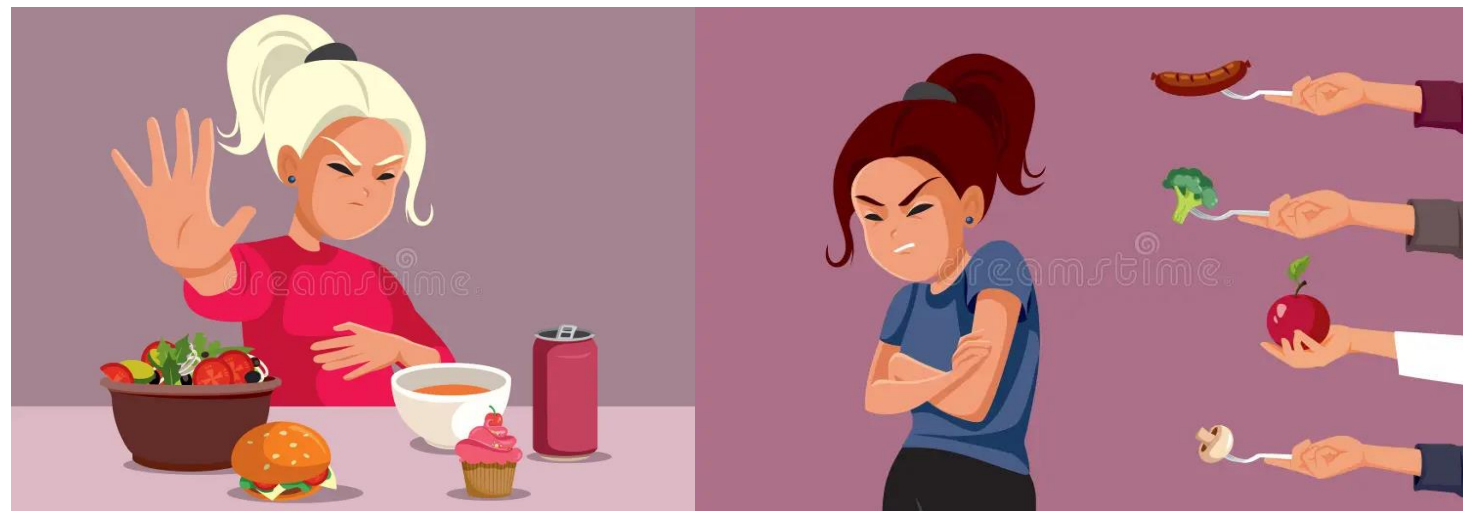
CONCLUSÕES

- Projeto de melhoria contínua com vista à capacitação de adolescentes com transtornos alimentares, com o objetivo primordial de melhorar a sua saúde física e mental
- Implementação de intervenções psicoterapêuticas com objetivo psicoeducativo direcionado a adolescentes com transtornos alimentares e respetivos pais e/ou cuidadores
- Diminuição da recidiva e conseqüente reinternamento em adolescentes com transtornos alimentares
- Diminuição de conseqüências adjacentes ao transtorno alimentar, como, por exemplo, risco de suicídio, presença de doenças físicas e mentais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5-TR* (Washington: American Psychiatric Association, Ed.; 5ª Edição).
- Bento, H., Miranda, T., Santos, T., Santos, J., Paes, C., Figueiredo, J., Melancia, J., Candeias, P., Gonçalves, M., Beleza, J., & Pereira, J. (2023, Maio). Anorexia: o bicho pegajoso que teima em não sair. *Expresso*. <https://multimedia.expresso.pt/anorexia/>
- Byrne, K. (2001). *Anorexia e Bulimia - Um Guia para Pais e Educadores - Como Compreender e Ajudar Magricelas e Comilonas* (Principia, Ed.). Almedina.



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

CATARINA GOMES (CATARINASSMG@GMAIL.COM)

PATRÍCIA CARNEIRO (PAT.REISCARNEIRO@GMAIL.COM)

