

A pessoa com potencial para melhorar o autocontrolo da ansiedade

**A ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Ana Sofia da Silva Teixeira

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Vila Nova de Famalicão, setembro de 2023

Ana Sofia da Silva Teixeira

A pessoa com potencial para melhorar o autocontrolo da ansiedade:

A ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho realizado sob a orientação de
Professor Doutor Francisco Sampaio

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, para obtenção do grau de Mestre, sob orientação de Francisco Sampaio (Professor Doutor).

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Sofia da Silva Teixeira, a32766, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste relatório de estágio. 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

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor Francisco Sampaio, pela disponibilidade que sempre demonstrou, apoio, orientação e colaboração na redação do presente relatório e, acima de tudo, pela partilha do seu enorme conhecimento.

Agradeço a todos os professores que lecionaram o Mestrado, pelos ensinamentos que partilharam e conhecimentos que proporcionaram. Em especial à Professora Doutora Lia Sousa, pela iniciativa da criação do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que me possibilitou formar como Mestre e Enfermeira Especialista.

Agradeço aos supervisores e enfermeiros dos três locais de estágio pela oportunidade de aprendizagem que me proporcionaram, conhecimentos e experiências que partilharam. Sem dúvida contribuíram para o meu crescimento enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa.

Agradeço aos meus colegas de curso pelo percurso que partilhamos e espírito de companheirismo ao longo destes longos meses.

Um agradecimento especial à Marta e ao Ivo por tantos momentos bons que partilhamos. À Marta pela paciência, amabilidade e tranquilidade nos momentos mais controversos. Ao Ivo, que além de colega é um amigo, que aceitou embarcar nesta aventura comigo.

Agradeço aos meus estimados tios, Maria Augusta e Idalino, e primas Beatriz e Marisa, que foram fundamentais e um incentivo para a conclusão deste percurso.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha mãe e ao meu companheiro Alberto, por todo apoio, motivação e encorajamento demonstrado e paciência e compreensão pela ausência e menor disponibilidade nesta fase da minha vida.

RESUMO

Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, sendo que estas são a principal causa de incapacidade e a terceira com maior carga de doença. De entre as patologias mentais, as Perturbações Depressivas e de Ansiedade são as mais prevalentes no nosso país, sendo Portugal o país com maior prevalência destas últimas a nível mundial. Ambas as patologias apresentam como fator comum a existência de sintomatologia ansiosa, o que amplia a prevalência da mesma.

A crescente procura de cuidados de Saúde Mental tornou evidente a necessidade de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no cuidado à pessoa com sintomatologia ansiosa. Neste sentido, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental. Após a pesquisa, foi planeada e implementada uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, de acordo com os resultados obtidos, que visava a avaliação da ação destes profissionais na promoção do autocontrolo da ansiedade.

No decorrer do relatório de atividades, descrevem-se as atividades desenvolvidas no decurso dos estágios de natureza profissional nos contextos de internamento de pessoas adultas em fase de descompensação aguda da doença, comunidade e unidade de respostas diferenciadas (Reabilitação Psicossocial). Estas atividades visam o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica descritas nos respetivos regulamentos.

O resultado de uma intervenção de Enfermagem depende de fatores atribuíveis à pessoa, à patologia, ao tratamento e aos profissionais de saúde. Estes últimos, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assumem um papel fulcral na adesão da pessoa ao tratamento através do estabelecimento da relação terapêutica e eliminação de crenças face ao tratamento.

Palavras-chave: Ansiedade, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Cuidados de Saúde Mental

ABSTRACT

Portugal is the second European country with the highest prevalence of psychiatric disorders, with these being the main cause of disability and the third highest disease burden. Among mental disorders, Depressive and Anxiety Disorders are the most prevalent in our country, with Portugal having the highest prevalence of the latter in a worldwide level. Both disorders share a common factor of anxious symptoms, which increases their prevalence.

The increasing demand for mental healthcare has made it clear that there is a need for psychiatric and mental health nurse in the care of person with anxious symptoms. In this regard, an Integrative Literature Review was conducted with the aim of identifying the interventions of psychiatric and mental health nurse in promoting self-control of anxiety in person adult with mental disorders. After the research, a nursing psychotherapeutic intervention was planned and implemented, according to results obtained, which aimed to assess the actions of these professionals in promoting self-control of anxiety.

Throughout the activity report, the activities carried out during professional internships in the context of hospitalization of persons adults in the phase of acute decompensation of the disease, community, and specialized responses unit (Psychosocial Rehabilitation) are described. These activities aim the development and acquiring the common competencies of the Specialist Nurse, as well as the specific competencies of the psychiatric and mental health nurse as described in the respective regulations.

The outcome of a nursing intervention depends on factors attributable to the person, the pathology, the treatment and healthcare professionals. The latter, particularly psychiatric and mental health nurse, play a crucial role in the person's treatment adherence through the establishment of a therapeutic relationship and the elimination of beliefs regarding treatment.

Keywords: Anxiety; Psychiatric and mental health nurses; Mental healthcare

ABREVIATURAS / SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DMG – Doença Mental Grave

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IPE – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

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

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MIPE – Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

PBE – Prática Baseada em Evidências

PNCL – Perturbação Neurocognitiva Ligeira

PNCM – Perturbação Neurocognitiva *Major*

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMP – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RT – Relação Terapêutica

STAI – Inventário Estado-Traço da Ansiedade

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos que integram a Revisão Integrativa da Literatura	65
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Esquematização das competências específicas do EEESMP	42
Quadro 2 – Esquematização da aquisição de competências específicas do EEESMP através das atividades desenvolvidas	56
Quadro 3 – Resumo dos estudos incluídos da Revisão Integrativa da Literatura	66
Quadro 4 – Planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Reestruturação Cognitiva”	76
Quadro 5 – Desenvolvimento da sessão 0	79
Quadro 6 – Desenvolvimento da sessão 1	80
Quadro 7 – Desenvolvimento da sessão 2	81
Quadro 8 – Desenvolvimento da sessão 3	82
Quadro 9 – Desenvolvimento da sessão 4	83
Quadro 10 – Desenvolvimento da sessão 5	84
Quadro 11 – Desenvolvimento da sessão de <i>Follow-up</i>	85
Quadro 12 – Resultados STAI e resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”	86

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	15
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	16
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DE PEPLAU NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	21
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA	25
3.1. Estágio de natureza profissional I – Internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença	25
3.2. Estágio de natureza profissional II – Comunidade	27
3.3. Estágio de natureza profissional III – Unidade de respostas diferenciadas 28	
4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	30
4.1. Os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas	30
4.1.1. Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	31
4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	34
4.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	35
4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	38
5. CUIDAR DA PESSOA COM ALTERAÇÕES DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS	41
5.1. Cuidar da pessoa em internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença	43
5.2. Cuidar da pessoa na comunidade	47

5.3 Cuidar da pessoa em unidade de respostas diferenciadas	51
5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	54
PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA EM EVIDÊNCIAS	59
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE NA PESSOA ADULTA COM PERTURBAÇÃO MENTAL.....	60
2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	74
2.1. Descrição da intervenção a implementar	74
2.2. Método	75
2.3. Resultados.....	86
2.4. Discussão	87
2.5. Conclusões	89
CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS.....	102
Anexo I – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	103
Anexo II – Inventário Estado-Traço da Ansiedade (STAI)	105
Anexo III – Pedido e autorização para utilização do Inventário Estado-Traço da Ansiedade (STAI).....	107
Anexo IV – Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”	108
Anexo V – Pedido e autorização para utilização do resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”	109
APÊNDICES.....	110

Apêndice I – Guia de Entrevista Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	111
Apêndice II – Projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”	115
Apêndice III – Sessão de formação do Projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”	127
Apêndice IV – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar [Relação de Ajuda Formal]”	131
Apêndice V – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Reestruturação Cognitiva”	135
Apêndice VI – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Técnica de Relaxamento”	139
Apêndice VII – Intervenção Especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”	141
Apêndice VIII – Intervenção Especializada de Enfermagem “Executar Treino de competências sociais”	147
Apêndice IX – Consentimento informado, livre e esclarecido	155

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), que teve lugar na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, do ano letivo 2022 / 2023. Com a redação do documento é pretendido o relato do percurso no decurso dos estágios de natureza profissional relativamente ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), bem como as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Pretende-se também analisar a ação do EEESMP na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental através da implementação de uma intervenção especializada.

A seleção do tema recaiu no facto de Portugal ser o segundo país europeu com maior prevalência de perturbações psiquiátricas (22,9%) e de estas serem a principal causa de incapacidade e a terceira com maior carga de doença (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Dados de 2019 demonstram que em Portugal as patologias mentais mais prevalentes são as Perturbações da Ansiedade e Depressivas, sendo o país, a nível mundial, com maior prevalência das primeiras (8%). Ambas as patologias apresentam como fator comum a existência de sintomatologia ansiosa, o que amplia a prevalência da mesma no nosso país (Dattani *et al.*, 2023). Um estudo recente, realizado em Portugal, demonstrou que 26,9% dos participantes relataram a presença de sintomatologia ansiosa, sendo que grande parte destes relacionam-na com a pandemia Covid-19, podendo esta ter agravado a intensidade dos sintomas de ansiedade (Aguiar *et al.*, 2022).

A crescente procura de cuidados de saúde na área da Saúde Mental tornou evidente a necessidade de EEESMP no cuidado à pessoa com sintomatologia ansiosa. A atuação do enfermeiro promove o cuidado que é reconhecido como benéfico para pessoas com necessidade de cuidados psicossociais. Além disso, desempenha um papel fundamental na gestão da sintomatologia ansiosa, bem como no treino de estratégias de autocontrolo da referida sintomatologia (Amaral *et al.*, 2022).

De forma a responder aos objetivos supramencionados, o presente relatório é dividido em duas partes intituladas de "O caminho percorrido para o desenvolvimento de

competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica" e "A prática de cuidados baseada em evidências". A primeira parte inicia-se com uma breve descrição de duas teorias de Enfermagem, Teoria das Transições e Teoria das Relações Interpessoais, que suportam a atuação do enfermeiro, bem como a sua aplicabilidade no cuidado à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. De seguida, será apresentada a contextualização da componente clínica onde decorreram os três estágios de natureza profissional com uma breve descrição das atividades desenvolvidas e dos recursos disponíveis. Por fim, será explanado o percurso efetuado para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP desenvolvidas no decurso da prática clínica.

Por sua vez, a parte II espelha a prática de cuidados de Enfermagem baseados em evidência científica através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) intitulada de "Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental". Através dos resultados obtidos foi planeada e implementada uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem (IPE) que será apresentada na parte correspondente. De seguida, na conclusão, será analisado o conteúdo explanado no corpo do trabalho, bem como a obtenção dos objetivos apresentados no presente capítulo. Por fim, as referências bibliográficas que suportam as partes antecedentes serão mencionadas segundo o estilo da *American Psychological Association*, 7ª edição.

Em relação aos métodos utilizados para a elaboração do presente relatório, destacam-se a análise crítico-reflexiva, sustentada em bibliografia disponível nos motores de busca *EBSCOhost* e *Google Scholar*, em repositórios, como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, nas bases de dados científicas *SciELO* e *MEDLINE* e consulta física de livros disponíveis na biblioteca geral da Universidade do Minho e biblioteca da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.

**PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

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

A Enfermagem no decorrer do século passado desenvolveu o seu conhecimento e práticas. Nos anos 50 do século XX, especialistas procuraram fundamentar as técnicas de Enfermagem, tornando-a numa profissão científica. A criação de teorias de Enfermagem permitiu a construção de um corpo específico de conhecimento que garantiu a identidade da profissão, autonomia, autoridade e responsabilidade, configurando à Enfermagem o estatuto de disciplina e ciência (Almeida *et al.*, 2009).

Assim, em 2000, surgiu uma nova teoria de Enfermagem de médio alcance: a Teoria das Transições. Esta tem como conceito central dos cuidados de Enfermagem a transição que é definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro (Meleis, 2015, cit. por Chick & Meleis, 1986) e é desencadeada por uma mudança de saúde / doença que expõe a pessoa a alterações no seu estado de saúde (Meleis, 2015). Estas alterações podem criar oportunidades para um bem-estar melhorado ou expor a pessoa a riscos de doença aumentados, tornando-a mais vulnerável. Esta vulnerabilidade está relacionada com o processo de transição que está a ser vivenciado e sua experiência, interações e condições ambientais que expõe a pessoa a danos potenciais e recuperações complexas ou prolongadas (Meleis *et al.*, 2010). A transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento e altere comportamentos e o conceito de si no contexto social (Silva, 2007). Deste modo, as transições podem ser reconhecidas como o resultado e, simultaneamente, resultam em mudanças na vida, saúde, relações e ambiente da pessoa (Meleis *et al.*, 2010).

A Teoria das Transições pretende, assim, fornecer uma estrutura que permita descrever a experiência da pessoa que enfrenta um evento ou situação que exija a aquisição de novas habilidades, sentimentos, comportamentos ou funções. Deste modo, ao longo dos anos a teoria sofreu atualizações sendo a sua versão mais recente subdividida em cinco componentes: gatilhos de mudança, propriedades da transição, condições de mudança, padrões de resposta e intervenção. Assim, a experiência da transição pode ser desencadeada por quatro tipos de situações distintas: saúde – doença, desenvolvimental, situacional e organizacional (Meleis, 2015). Na sua análise o enfermeiro deve considerar todas as transições significativas vivenciadas pela pessoa

e/ou família e a relação entre estas, ao invés de se focar em apenas um tipo específico de transição (Meleis *et al.*, 2010).

Para além do fator desencadeante, as transições são caracterizadas por cinco propriedades, sendo elas intervalo de tempo, processo, desconexão, consciência e ponto críticos. Este último fator é essencial para compreender as fases da experiência assim como identificar os pontos de avaliação e de intervenção adequados por parte do enfermeiro (Meleis, 2015), uma vez que a presença e identificação de eventos críticos estão associados a uma maior consciencialização e/ou a um maior envolvimento por parte da pessoa na transição (Meleis *et al.*, 2010).

Uma outra componente do processo de transição são as condições de mudança. Estas iniciam-se quando se prevê o desencadeamento da mudança e englobam condições pessoais, comunitárias, sociais e globais. Entre as primeiras incluem-se o significado e valor atribuído à mudança e seu contexto, grau de conhecimento e habilidade relacionadas com a mudança, crença atribuída ao processo, nível de planeamento e estado de saúde e bem-estar (Meleis, 2015). Estas condicionantes da transição estão interligadas tanto com as propriedades da transição como com os padrões de resposta (Meleis *et al.*, 2010).

Estes últimos podem ser divididos entre padrões de processo e de resultados e determinam se a transição é considerada saudável. Os primeiros são medidos pelo grau de envolvimento no processo de mudança; pela localização e encontrar-se situado; pela procura e receção de apoio; e, por fim, o grau de confiança em lidar com as novas exigências. Por sua vez, os padrões de resposta dão resposta acerca do final do processo de transição e englobam o domínio no desempenho do novo papel, a integração fluída da identidade, a desenvoltura, as interações saudáveis, como a manutenção de relacionamentos e desenvolvimento de novas conexões, e a perceção de bem-estar (Meleis, 2015). Uma vez atingidos os indicadores de resultado, a pessoa completa o seu processo de transição de forma saudável, dado que transpôs de um estado estável para um novo estado estável.

Por fim, o objetivo da intervenção na Teoria das Transições é facilitar e inspirar processos saudáveis, sendo que para tal o enfermeiro recorre ao esclarecimento de significados, funções e competências, à identificação de marcos e eventos críticos, à

mobilização de recursos de suporte e discussão sobre o processo de transição. Tais intervenções assumem vertentes distintas consoante a fase da transição em que são implementadas. Assim, quando implementadas na primeira componente, gatilhos de mudança assumem um carácter preventivo e quando implementadas na componente referente aos padrões de resposta assumem uma vertente terapêutica (Meleis, 2015).

Em relação à sua operacionalização, a teoria permite uma maior compreensão por parte dos enfermeiros acerca da transição vivenciada pela pessoa e/ou família e leva ao desenvolvimento e implementação de intervenções adaptadas a cada situação (Meleis, 2015). Estas estratégias de Enfermagem devem estar assentes nas necessidades e na perspetiva de quem vivencia a transição, sendo da responsabilidade do enfermeiro a preparação para a transição, através da aquisição de novas competências (Santos *et al.*, 2015), com vista à promoção de respostas saudáveis e uma transição bem-sucedida (Meleis, 2015).

No cuidado à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, o emprego desta teoria possui um carácter primordial, uma vez que o surgimento da doença mental está, por vezes, relacionado com vivências anteriores e que, pelas características da própria patologia, a pessoa pode não apresentar consciencialização para o seu problema, o que limita o processo de transição. Nesta situação é evidenciada a intervenção do enfermeiro como agente facilitador do processo de transição. Este, para além da visão global que detém de todo o processo, intervém nas mudanças e exigências inerentes, apoiando, informando e preparando a pessoa e/ou família para a nova vivência através de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência (Santos *et al.*, 2015). Tal permite à pessoa vivenciar a transição da forma mais positiva e saudável possível, tendo como resultado primordial a saúde e bem-estar (Bittencourt *et al.*, 2018).

A Teoria das Transições, tal como outras teorias de Enfermagem, estabelece um paralelismo com o processo de Enfermagem, uma vez que as componentes-chave estão patentes nas etapas do processo de Enfermagem. Assim, as três primeiras etapas do processo de Enfermagem – avaliação inicial, diagnóstico e planeamento das intervenções estão evidenciadas nas três primeiras componentes – gatilhos de mudança, propriedades da transição e condições de mudança. Por sua vez, as etapas

execução das intervenções e avaliação final correspondem, respetivamente, às componentes intervenções de Enfermagem e padrões de resposta.

Pode, ainda, ser constatada a presença dos pressupostos da teoria postulada por Meleis nas competências do EEESMP descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (RCEEEESMP), nomeadamente nas competências F2, F3 e F4, referentes respetivamente à assistência da pessoa na otimização da sua saúde mental, ao apoio à pessoa na recuperação da sua saúde mental e na prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicoeducacionais e psicossociais que visam a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

A presença da referida teoria nas competências denominadas torna-se ainda mais evidente quando explorados os descritivos e critérios de avaliação de cada uma. Assim, na competência F2, o EEESMP procede à recolha de informação necessária à compreensão do estado de saúde mental o que permite a identificação do gatilho de mudança da transição que a pessoa está a vivenciar, bem como as condições da mesma. Ainda nesta competência está patente a identificação das condições da transição através da avaliação de fatores protetores e promotores de saúde mental e, por outro lado, de fatores desencadeantes de perturbação mental e das capacidades intrínsecas da pessoa e dos recursos externos disponíveis, sejam eles comunitários, sociais ou globais, para a manutenção e recuperação da saúde mental – F2.1.2 e F2.2.2. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Em relação à competência F3, nomeadamente à unidade de competência F3.4., esta diz respeito às intervenções terapêuticas de Enfermagem, uma vez que o EEESMP executa e implementa planos de conceção de cuidados individualizados com base nos diagnósticos de Enfermagem e nos resultados esperados que visam o aumento e a manutenção de competências e capacidades, a promoção e reforço das capacidades familiares e a manutenção e promoção da integração familiar, social e profissional, diminuindo, assim, a exclusão social. O EEESMP concebe, ainda, estratégias de empoderamento que visam o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e

fatores de proteção de forma a minimizar o risco de perturbação mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Por fim, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais – F4 –, o EEESMP ajuda a pessoa a alcançar o estado de saúde mental o mais próximo possível do desejado e a adaptar e integrar em si a situação de saúde ou doença vivenciada. A implementação das referidas intervenções é focalizada nas respostas aos processos de saúde – doença e às transições e a utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas permitem aumentar o *insight* da pessoa. Tal ocorre através da elaboração de novas justificativas para o problema, que facilitam a criação de respostas adaptativas que levarão à recuperação da sua saúde mental – F4.2. Esta competência tem ainda como desígnio, auxiliar a pessoa a realizar as suas capacidade e atingir um padrão de funcionamento satisfatório, de forma a contribuir para a sociedade em que se insere (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Este descritivo e os critérios de avaliação expostos vão de encontro com a componente padrões de resposta, nomeadamente com os indicadores de resultado. Esta componente permite avaliar o sucesso da transição e a passagem de uma situação estável para uma nova situação estável.

Deste modo, assume-se a aplicabilidade da Teoria das Transições no cuidado à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, tanto com patologia como sem patologia mental.

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

Hildegard Elizabeth Peplau em 1952 criou uma teoria de médio alcance, a Teoria das Relações Interpessoais. Esta tem como objetivo explicar o processo interpessoal entre enfermeiro, pessoa e comunidade de forma dinâmica (Pinheiro *et al.*, 2019) e evidencia a importância da construção de uma relação que permita o desenvolvimento e crescimento de ambos os intervenientes do processo (Peplau, 1990). A teoria desenvolvida por Peplau foi a primeira teoria de Enfermagem a abordar questões psicossociais (Pinheiro *et al.*, 2019), tornando Peplau na primeira teórica e "mãe" da Enfermagem Psiquiátrica.

Através da relação interpessoal estabelecida, o enfermeiro auxilia a pessoa na identificação de necessidades de forma a conquistar a sua independência e autonomia, promovendo a sua saúde física e mental (Bittencourt *et al.*, 2018). Assim, na sua teoria, Peplau propõe que para a existência da relação terapêutica (RT) é necessário que ocorram quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990). Cada fase é caracterizada pelas funções desempenhadas por cada interveniente – enfermeiro e pessoa – e estão relacionadas entre si, variando na sua duração consoante o processo evolui para a resolução do problema (Moraes *et al.*, 2006). O enfermeiro pode desempenhar as funções de pessoa desconhecida, pessoa significativa, técnico, assessor e educador (Pinheiro *et al.*, 2019).

A primeira fase, orientação, inicia-se quando a pessoa procura o enfermeiro e ocorre a primeira interação entre ambos. Nesta fase, o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa sobre o problema e após a recolha de dados orienta-a sobre este, tendo sempre em atenção os sentimentos que podem surgir (Bittencourt *et al.*, 2018). Nesta fase os intervenientes têm igual importância na interação / RT (Moraes *et al.*, 2006) e é importante que se estabeleça uma relação de confiança (Arabacı & Taş, 2019). Nesta fase é possível identificar a função de pessoa desconhecida e deve ser transformada a ansiedade e tensão, características do primeiro encontro, em algo produtivo para o desenvolvimento da relação (Pinheiro *et al.*, 2019).

Na segunda fase, o enfermeiro auxilia a pessoa na identificação das principais estratégias a utilizar, de forma a responder às necessidades identificadas (Bittencourt

et al., 2018). No decurso desta fase, o enfermeiro pode assumir a função de pessoa significativa com a pessoa a rever no profissional uma figura / representação proveniente das suas experiências passadas, com transferência de valores e sentimentos desse momento para a relação atual. Nestas situações é importante o enfermeiro clarificar as ideias prévias de cada interveniente e abordar a relação de dependência / independência de forma a conduzir a relação numa perspetiva construtiva (Pinheiro *et al.*, 2019). Uma vez estabelecida uma RT satisfatória, a pessoa sente-se mais capaz de lidar com os seus problemas e motivada para enfrentar as necessidades identificadas, diminuindo os sentimentos de desamparo (Moraes *et al.*, 2006).

Por sua vez, na fase da exploração, a relação enfermeiro-pessoa deve ser fortificada e explorada ao máximo de forma a alcançar os melhores resultados, tornado a pessoa o mais independente possível no uso dos serviços disponíveis. O enfermeiro mantém o auxílio na satisfação das suas necessidades e no estabelecimento de novas metas (Bittencourt *et al.*, 2018). Nesta fase ocorre o amadurecimento da relação pessoa – enfermeiro, sendo que esta se desenvolve quando a pessoa assume responsabilidade e se torna ativo na comunicação (Arabacı & Taş, 2019).

Por fim, na fase da resolução, a pessoa já se sente capaz de resolver os seus problemas de forma autónoma e distancia-se do enfermeiro que a auxiliou, quebrando os laços relacionais com este. Esta fase só é atingida após as três anteriores terem sido concluídas (Bittencourt *et al.*, 2018).

Como referido acima, o enfermeiro desempenha diferentes funções no decorrer da relação interpessoal de forma a ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento. Assim, de entre as funções desempenhadas, a de assessor evidencia a importância do EEESMP no estabelecimento da RT, através da postura diferenciada e utilização de diversas técnicas comunicacionais (Pinheiro *et al.*, 2019). Ainda nesta função, o enfermeiro amplifica as experiências de forma que estas sejam mais bem compreendidas pela pessoa e esta detenha consciência para integrar os conteúdos e compreenda o seu problema. A utilização de técnicas comunicacionais, como a escuta, podem auxiliar a pessoa na descoberta de si mesmo (Pinheiro *et al.*, 2019).

Tal como na teoria analisada anteriormente, também a Teoria das Relações Interpessoais faz um paralelo com o processo de Enfermagem. Ambos, teoria e processo, são sequenciais, procuram a resolução de problemas e têm o propósito de satisfazer as necessidades da pessoa (Moraes *et al.*, 2006). Assim, pode-se referir que a fase da orientação corresponde à avaliação inicial e colheita e análise de dados; a fase de identificação diz respeito à identificação de domínios de Enfermagem e formulação do respetivo diagnóstico; a exploração refere-se ao planeamento e implementação das intervenções de Enfermagem; e, por fim, a fase da resolução corresponde à avaliação final. De salientar que na relação interpessoal, por vezes é difícil o estabelecimento de uma sequência fechada, podendo ocorrer duas ou mais etapas do processo de Enfermagem na mesma fase da RT (Pinheiro *et al.*, 2019).

Para além do paralelo com o processo de Enfermagem, a teoria proposta por Peplau apresenta similaridades com a IPE, nomeadamente com a sequência das sessões propostas no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (MIPE), desenvolvido por Sampaio *et al.* (2018). Assim, a fase da orientação correspondente à sessão zero, onde ocorre o primeiro contacto e são expostas as necessidades da pessoa; a fase da identificação refere-se à primeira sessão, com a clarificação dos papéis e expectativas dos intervenientes e começa-se a lidar com o problema identificado; por sua vez, a fase da exploração diz respeito às sessões intermédias em que há um maior envolvimento da pessoa na resolução do seu problema; e por fim, a fase da resolução corresponde à sessão final com a resolução do problema e necessidades da pessoa através da capacitação da pessoa e ocorre o final da RT.

A criação e estabelecimento de uma RT é imprescindível no cuidado à pessoa, com ou sem doença mental, devendo ser o foco do processo de cuidar por parte do EEESMP uma vez que a recuperação destes assenta em relações interpessoais significativas (Pereira & Botelho, 2014). O estabelecimento da RT não deverá ocorrer apenas com a pessoa, mas também com a sua rede de suporte, sejam familiares / cuidadores ou até mesmo amigos, e tem como objetivo o potencial terapêutico e o desenvolvimento de comportamentos positivos (Arabacı & Taş, 2019). O estabelecimento desta relação é o ponto de partida para a implementação das intervenções desenvolvidas pelo EEESMP que visam alcançar o máximo potencial terapêutico da pessoa.

Por fim, também a Teoria das Relações Interpessoais vai ao encontro das competências do EEESMP, salientando-se a competência F1, referente à detenção de um elevado conhecimento e consciência, uma vez que é através do estabelecimento e desenvolvimento de RT que o enfermeiro desenvolve competências de autoconhecimento e autoconsciência, sendo estas fundamentais para o seu crescimento pessoal e profissional. Destaca-se, ainda a relação com a competência relativa à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais – F4 –, dada a similaridade sequencial da relação postulada por Peplau e a pretendida na implementação de IPE, tal como acima mencionado, sendo que ambas apresentam como objetivo o auxílio à pessoa na obtenção de um funcionamento saudável e o mais autónomo quanto possível (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA

A prática clínica é fundamental para a aquisição das diversas competências do EEESMP, uma vez que permite a consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica. É através do contacto com a pessoa nos contextos da prática clínica que são desenvolvidas competências, relações interpessoais, comunicação, entre outras (Silva & Silva, 2016).

Assim, os estágios de natureza profissional desenvolveram-se em três contextos distintos – internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença, comunidade e unidade de respostas diferenciadas. Estes decorreram em três períodos de acordo com o contexto: de 16 de janeiro a 24 de fevereiro de 2023 no internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da patologia de um hospital de cuidados gerais do Norte do país; entre os dias 27 de março e 14 de abril de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e, por fim, o estágio referente às respostas diferenciadas, no contexto da reabilitação psicossocial, entre 17 de abril e 26 de maio de 2023 numa unidade de saúde. A diversidade de contextos clínicos permitiu o contacto com pessoas em diferentes conjeturas da doença mental – fase de agudização da doença ou cronicidade da doença, mas também o contacto com a pessoa sem patologia psiquiátrica.

3.1. Estágio de natureza profissional I – Internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença

Os serviços de Saúde Mental devem estar organizados de forma a garantir a acessibilidade de todas as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental sem que estas tenham de se deslocar para fora da sua área residencial. Assim, estes serviços devem ser descentralizados e incluídos nos hospitais de cuidados gerais, assegurando respostas às distintas necessidades da população (Ministério da Saúde, 2008). Também a Lei de Saúde Mental preconiza a existência de locais de prestação de cuidados de saúde mental coordenados, abrangentes e integrados que garantam a proximidade e a continuidade dos cuidados (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). Deste modo, é possível afirmar que o local do estágio vai ao encontro do preconizado tanto na Lei de Saúde Mental como no Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016.

Estes internamentos podem ocorrer de forma voluntária ou involuntária, sendo que os últimos são acionados quando a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental origina uma situação de perigo, motivada pela doença mental, para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais a terceiros ou a si próprio e se recuse a submeter a tratamento médico adequado ou quando esta não possua discernimento necessário para avaliar a situação (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

Os internamentos de pessoas adultas em fase de descompensação clínica da doença são o recurso base para a estabilização da mesma em fase aguda e recidivas (Abreu *et al.*, 2017). Para tal, a unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída pela Enfermeira Gestora, EEESMP, Enfermeiros de cuidados gerais, Psiquiatras, Assistentes Operacionais, Psicóloga e Assistente Social.

Em relação ao papel do EEESMP, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) refere que os profissionais devem assumir na sua atuação o princípio *major* da recuperação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Para tal deve promover a sua recuperação e o empoderamento, trazendo repercussões positivas na qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Seguindo este conceito, e segundo o manual de integração do serviço de internamento, o local onde decorreu a experiência tem como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade na área de Psiquiatria e Saúde Mental, sempre considerando as necessidades globais da pessoa.

Assim, os EEESMP do internamento executam de forma estruturada e planeada a intervenção psicoterapêutica "Técnica de Relaxamento" em grupo, sendo que executam, ainda, outras intervenções especializadas sempre que é detetada a necessidade, nomeadamente relação de ajuda, reestruturação cognitiva e escuta ativa.

A atuação da equipa de ESMP passa em grande parte pelo desenvolvimento de atividades em contexto de consulta externa no departamento. Neste contexto é realizada uma intervenção psicoeducacional em grupo, mensalmente, a pessoas com doença mental grave (DMG) compensada e um outro grupo com os cuidadores dos elementos do primeiro grupo. Os principais objetivos das sessões do primeiro grupo são o empoderamento e capacitação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, a promoção da interação intergrupar e a partilha de experiências.

No cuidado à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, e no sentido de manter seguimento após a alta clínica, são realizadas Consultas de *Follow-up* e Visitação Domiciliária, quando detetada a necessidade. Ambas permitem detetar precocemente alterações à condição de saúde, bem como o cumprimento do regime terapêutico.

3.2. Estágio de natureza profissional II – Comunidade

A criação de UCC surgiu com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários em 2006 e com a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico, em especial a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou situação de doença que requeira um acompanhamento próximo. Estes cuidados podem ser prestados tanto no âmbito domiciliário como comunitário (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Deste modo, e de encontro ao acima referido, a unidade de saúde na qual decorreu o estágio de natureza profissional II, e segundo a Carta da Qualidade, apresenta como missão contribuir para a promoção e melhoria da situação de saúde, através da continuidade e qualidade dos cuidados prestados, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde da população da área geográfica abrangente.

Assim, e para responder ao mencionado, a equipa de saúde da UCC é constituída por Enfermeira Gestora, EE, Enfermeiros de cuidados gerais, Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta e Assistente Técnica. Em relação aos EE, a equipa conta com profissionais de diversas especialidades, nomeadamente Saúde Mental e Psiquiátrica, Comunitária, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Médico-Cirúrgica e Reabilitação.

Os programas e projetos desenvolvidos pelas equipas ocorrem em articulação com as Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde e com a Equipa Coordenadora Local, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ambas da área de intervenção da UCC.

Relativamente às atividades desenvolvidas pela equipa de Saúde Mental da UCC, esta desenvolve projetos de intervenção com pessoas / famílias e grupo com maior risco de

vulnerabilidade, tal como preconizado no RCEEEESMP – "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos" (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428). Assim, e de acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental de 2017, o EEESMP deve garantir o desenvolvimento e implementação de políticas que contribuam para a promoção da saúde mental e prevenção, intervenção precoce e tratamento de doenças mentais (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Desta forma, a equipa tem implementados na UCC dois projetos de Enfermagem que abrangem pessoas com Perturbação Neurocognitiva Ligeira (PNCL) ou Perturbação Neurocognitiva *Major* (PNCM) e seus cuidadores familiares. Estes apresentam como objetivos a capacitação para a gestão das alterações e implicações inerentes ao processo demencial. Possui um outro projeto destinado a pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, nomeadamente da intervenção especializada por parte do EEESMP, que tem como objetivos a capacitação da pessoa e seus cuidadores para a gestão da doença e a promoção da reintegração social e adesão e gestão do regime terapêutico.

3.3. Estágio de natureza profissional III – Unidade de respostas diferenciadas

Como referido no início do capítulo, o estágio de natureza profissional ocorreu numa unidade de Reabilitação Psicossocial de médio / longo internamento. A Reabilitação Psicossocial é definida pelo Conselho Nacional de Saúde Mental (2002) como

o processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida. (p. 30)

Esta é considerada, juntamente com a psicofarmacologia, como parte primordial na reabilitação em Saúde Mental (Oliveira & Filipe, 2009).

Neste sentido, e segundo Oliveira e Filipe (2009), a Reabilitação Psicossocial tem como objetivo a aquisição e recuperação de aptidões essenciais à vida em comunidade, o que

requer o desenvolvimento e respetivo treino de competências pessoais e sociais. Para além destes, a Organização Mundial de Saúde (2002) menciona como objetivos a redução do estigma e discriminação e a criação de um sistema de suporte social de longa duração.

Assim, e indo de encontro ao mencionado, a unidade de saúde onde se realizou o estágio de natureza profissional assume como missão a capacitação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental de forma a esta atingir o seu máximo funcionamento quer pessoal como social e familiar. De forma a dar resposta à missão, a equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiro Gestor, EEESMP, Enfermeiros de cuidados gerais, Psiquiatras e Médico Especialista em Medicina Interna, Assistentes Operacionais e Terapeutas Ocupacionais. Partilha, ainda, com as diversas unidades da instituição os serviços de Psicologia, Assistentes Sociais, Assistente Espiritual, Fisioterapeuta e Professor de Educação Física.

Por fim, e fazendo referência à organização da unidade, a alocação do utente à ala está sujeita ao nível de autonomia e potencial de reabilitação, sendo que o utente aquando da admissão inicia o processo na primeira ala para estabilização clínica e avaliação das capacidades e potencial de melhoria. Nesta ala são aprimoradas as atividades de vida, tanto as básicas como as instrumentais e, conseqüentemente, a autonomia e funcionalidade da pessoa. Quando este reúne os critérios estabelecidos é transferido para a segunda ala onde possui uma maior autonomia e são reforçadas as competências adquiridas previamente no sentido de manutenção das mesmas. Para aquisição destas competências o utente frequenta cursos de formação interna e participa nas diversas atividades disponíveis na instituição de acordo com as suas capacidades e preferências, como lavandaria, cozinha ou cabeleireiro. Uma vez atingidos os objetivos e funcionalidade o utente é transferido internamente para uma Unidade de Vida Protegida onde as atividades básicas e instrumentais são realizadas autonomamente e desenvolvem competências sociais sob supervisão contínua. Havendo êxito é progredida a reabilitação para a comunidade com a integração numa Unidade de Vida Autónoma sob supervisão pontual e, posteriormente, integração total na sociedade e alta clínica para o domicílio. De salientar que em qualquer fase do processo podem ocorrer descompensações da condição clínica e, nestes casos, o utente é alocada de novo à unidade que melhor se adegue à atual situação.

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

Com a evolução da profissão, os cuidados de Enfermagem tornaram-se mais exigentes técnica e cientificamente, assim como assumiram um maior valor na prestação de cuidados de saúde. De forma a responder às novas exigências, a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde tem-se tornado uma realidade (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), as competências especializadas emergem do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que se deve identificar na prestação de cuidados de cada área de especialidade as competências não só científicas, como também as técnicas e humanas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Para a atribuição de título de EE, este devem obedecer não só às competências descritas no documento referido acima, que são comuns às diversas especialidades de Enfermagem e aplicáveis nos diferentes contextos de prestação de cuidados, como também às competências enunciadas no regulamento específico de cada área de intervenção (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Estas últimas serão abordadas posteriormente.

4.1. Os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas

As competências comuns são definidas como aquelas que são evidenciadas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como pelo suporte ao exercício especializado da Enfermagem no âmbito da formação, investigação e assessoria. Estas versam as dimensões da educação da pessoa e pares, aconselhamento, orientação e liderança, além da responsabilidade de concretizar investigação que permita avançar e melhorar a prática de Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Assim, as competências comuns agrupam-se em quatro domínios. São eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos

cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento dos diferentes domínios iniciou-se na componente teórica do curso de Mestrado e prosseguiu nos diferentes contextos dos estágios de natureza profissional. Deste modo, nos subcapítulos seguintes serão abordadas as competências desenvolvidas na componente prática, uma vez que o presente documento tem como objetivo explicar o percurso percorrido durante esse período.

4.1.1. Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O RCCEE define duas competências do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Na primeira, este deve apresentar uma prática segura, profissional e ética, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional e através de uma tomada de decisão ética e deontológica assente nas melhores práticas e preferências da pessoa. Por sua vez, a segunda competência diz respeito à prática que respeite e garanta os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O EE, no que diz respeito à primeira competência do domínio, apresenta uma prática que demonstre uma tomada de decisão que se rege pelos princípios, valores e normas deontológicas, sendo que suporta a sua decisão na deontologia profissional, conhecimento e experiência e promove o exercício profissional de acordo com a deontologia da profissão na equipa de cuidados. Uma outra competência é a de liderança efetiva dos processos de decisão ética na respetiva área da especialidade, desempenhando a função de consultor da equipa. Por fim, e após as tomadas de decisão adotadas, avalia o processo e os respetivos resultados, bem como sua partilha (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Deste modo, os EE, devem assegurar uma prática de cuidados que cumpra com os pressupostos do Código Deontológico que rege a profissão. Assim, constituem-se deveres da prática de Enfermagem, entre outros, o exercício da profissão com base em conhecimentos científicos e técnicos adequados, assegurando o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da pessoa; o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regem a profissão; a responsabilização pelas decisões que

toma e pelos atos que pratica e delega; a defesa e proteção da pessoa de práticas que contrariam a lei e a ética; e assegurar a atualização permanente do conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Estes deveres são transversais a todos os enfermeiros desde os de cuidados gerais aos das diversas especialidades. Assim, e no decurso da prática e experiência enquanto Enfermeira de cuidados gerais, procura-se cumprir com os pressupostos do Código Deontológico, seguindo uma prática assente no domínio ético-deontológico e nas preferências da pessoa.

O referido documento, e indo ao encontro da segunda competência do EE, designa como princípio orientador da prática de Enfermagem o respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2015). De acordo com o RCCEE, este gere na sua equipa uma prática de cuidados que garantam a segurança, privacidade e dignidade de cada pessoa, bem como promove a proteção dos direitos humanos. Nestes englobam-se o direito à informação clínica e confidencialidade da mesma, à privacidade e direito de escolha e autodeterminação (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No decurso dos estágios clínicos, ocorreram situações nas quais se refletiu acerca do respeito pelos direitos humanos da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Tal como Townsend (2011) refere, o enfermeiro na sua prática clínica debate-se com situações complexas no decorrer da prestação de cuidados à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Para responder às questões éticas com que se depara é necessário que organize todos os meios de que dispõe para responder da melhor forma às situações, quer estas sejam a nível pessoal, social ou institucional (Queirós, 2001).

Assim, no decurso do estágio em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença, refletiu-se acerca da liberdade da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Segundo Ventura *et al.* (2013), estes podem ver limitada a sua liberdade e autonomia, sendo que tal ocorre em situações em que a patologia impede a pessoa de responder pelas consequências dos seus atos.

Também a Lei de Saúde Mental prevê situações em que pode ser limitada a autonomia e liberdade da pessoa. São exemplos: situações em que a pessoa com doença mental

crie situações de perigo para bens jurídicos pessoais e patrimoniais e se recuse a submeter ao tratamento necessário; e quando a pessoa não apresente discernimento necessário para avaliar a situação. Nestas situações é definido o tratamento involuntário, dado ser a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito para a pessoa. Este deve ser adequado de forma a prevenir ou eliminar as situações de perigo detetadas, bem como proporcional à gravidade da doença, à relevância do bem jurídico e grau do perigo, sendo que termina assim que cessem as fundamentações que justificaram o tratamento involuntário. Durante este período, a pessoa tem o direito a ser esclarecida do motivo de privação da liberdade, bem como ser informada e esclarecida acerca dos direitos que lhe assistem (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2019) emitiu um parecer acerca do tratamento involuntário e os direitos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. Neste documento, referem que para a pessoa exercer a sua autonomia tem de dispor de capacidades de compreensão, ponderação e decisão e que por vezes pessoas com patologia mental têm essa capacidade comprometida. Quando tal ocorre, não reconhecem a severidade da situação clínica e podem colocar em risco a sua própria integridade e a de terceiros ao recusar o tratamento proposto, urgente e imprescindível. Nestas situações, as decisões de saúde são assumidas por terceiros, tendo sempre o melhor interesse da pessoa e a salvaguarda de terceiros como premissas. Assim, considera-se que não ocorre objeção ética e é reconhecido o valor ético beneficente.

Uma particularidade transversal aos três contextos de estágio foi a confidencialidade e segurança da informação clínica. A consulta de processos clínicos ocorreu unicamente como complemento às informações fornecidas pela pessoa no decurso das atividades desenvolvidas. Estas ocorreram sempre garantindo a privacidade e no primeiro contacto, aquando da apresentação, foi reforçada a posição enquanto mestrande em ESMP e esclarecido o objetivo da mesma. Foi ainda assegurada a livre escolha e livre vontade de participação, com o preenchimento de consentimentos livres, informados e esclarecidos por parte dos utentes que participaram nas intervenções propostas. Em relação à segurança, em todos os locais a informação encontrava-se em local de acesso restrito a pessoas externas à prestação direta de cuidados à pessoa.

Concluindo, e uma vez que a ética está inerente aos cuidados de Enfermagem, a componente prática do Mestrado em ESMP permitiu o desenvolvimento de competências de tomada de decisão ética e deontológicas.

4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O segundo domínio do EE é o da melhoria contínua da qualidade, subdividido em três competências. A primeira refere-se à colaboração na conceção e operacionalização de projetos na instituição de saúde referentes à área da qualidade e participação na sua disseminação até à operacionalização. Por sua vez, a segunda competência é referente ao desenvolvimento de práticas de qualidade, através da colaboração em programas de melhoria contínua e reconhecendo que a avaliação das práticas é fundamental para a melhoria da qualidade. Por fim, garante a prestação de cuidados num ambiente terapêutico e seguro, sendo este centrado na pessoa que recebe cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O EE, e remetendo para a primeira competência, mobiliza conhecimentos e habilidades assegurando a melhoria contínua da qualidade e orienta projetos institucionais na área da qualidade. Já em relação à segunda competência do EE, este avalia a qualidade das práticas clínicas, integrando auditorias clínicas e avaliando o resultado das mesmas, planeia e lidera programas de melhoria contínua, identificando as oportunidades de melhoria e elaborando guias orientadores de boas práticas. Por fim, e de forma a garantir um ambiente seguro e terapêutico, terceira competência, promove um ambiente físico, psicossocial, espiritual e cultural gerador de segurança e proteção das pessoas cuidadas e participa na gestão do risco quer ao nível institucional, quer ao nível das unidades funcionais, colaborando na definição de recursos necessários e adequados para a prestação de cuidados seguros (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No início do estágio de natureza profissional em contexto de internamento foi proposta a realização de entrevistas clínicas a utentes do serviço. De forma a organizar logicamente a informação recolhida foi elaborado em conjunto com os colegas de estágio um guia de entrevista clínica em ESMP (Apêndice I). O instrumento segue o modelo de recolha de dados vigente no serviço de internamento e compreende os

conteúdos teóricos lecionados na Unidade Curricular “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Este incide na colheita de dados relativos à ESMP, nomeadamente a história psiquiátrica e familiar, e num exame do estado mental que engloba todas as suas dimensões. Após a elaboração do guia, e uma vez detetada uma oportunidade de melhoria no serviço, este foi apresentado à equipa de Enfermagem que se demonstrou agradada com a proposta e no momento da apresentação equacionou a sua implementação. Assim, considera-se ter proporcionado uma melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados.

Por fim, em todas as interações com os utentes foi proporcionado um ambiente seguro e terapêutico, selecionando sempre o *setting* mais adequado à prestação de cuidados, pois, tal como Campos (2017) menciona, um ambiente mais agradável proporciona à pessoa um acompanhamento mais seguro.

4.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Relativamente a este domínio, o RCCEE define duas competências. A primeira refere-se à gestão dos cuidados de Enfermagem, através da otimização da resposta da equipa e com a garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas, enquanto a segunda diz respeito à adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados detetadas, através do estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Assim, é competência do EE, e remetendo para a primeira competência mencionada, a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e a supervisão das tarefas delegadas, com a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Em relação à segunda competência do domínio, este deve otimizar o trabalho da equipa através da adequação dos recursos às necessidades dos cuidados e deve adaptar o seu estilo de liderança de forma a adequá-lo ao clima organizacional e às características da equipa de cuidados, proporcionando a melhor resposta (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No decurso do estágio de natureza profissional em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença, foi expressa por parte da equipa de EEESMP a necessidade de estruturação de uma consulta motivacional

direcionada a pessoas com perturbação aditiva associada ao consumo de álcool. Esta necessidade advém da identificação do domínio de Enfermagem “Abuso do Álcool”, em associação à descompensação clínica da doença mental, nos utentes admitidos no serviço de internamento.

O consumo de álcool está enraizado nas práticas culturais e no quotidiano da população portuguesa, sendo este parte integrante às refeições e convívios. Estimativas de 2019, referem que o consumo anual de álcool *per capita* é de 12,1 litros de álcool puro na população com idade superior a 15 anos e quase metade dos consumidores (43%) fá-lo diária ou quase diariamente, sendo esse consumo essencialmente realizado à refeição. Em relação ao consumo abusivo ou dependência de álcool, 2,8% da população demonstrou um consumo de risco elevado / nocivo e 0,8% da população apresentou sinais de dependência (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2022).

Particularizando o consumo de álcool para o Norte do país, dados de 2021 relatam esta como a região que apresenta maior percentagem de internamentos (39%) cujo diagnóstico principal é atribuível ao consumo de álcool e 36% dos óbitos ocorridos por doenças atribuíveis ao álcool ocorreram na região Norte, dados de 2020 (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2022).

O álcool, quando consumido concomitante com fármacos pode originar diversas interações prejudiciais à saúde do consumidor. Exemplo disso são as interações que ocorrem com medicação do foro psiquiátrico. Quando a ingestão ocorre concomitantemente com antidepressivos ou antipsicóticos pode resultar na depressão excessiva do sistema nervoso central e comprometimento do desempenho motor, bem como hipertensão arterial grave. Também a ingestão concomitante com ansiolíticos se traduz na potenciação do efeito do fármaco (Lenz, 2013).

Tendo em consideração os dados mencionados, a implicação do consumo de álcool em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e a necessidade expressa pela equipa de EEESMP, foi desenvolvido um projeto de uma consulta que se denominou “Consulta de Cessação Alcoólica” (Apêndice II). Esta é dirigida a todas as pessoas admitidas no serviço de internamento do hospital no qual decorreu o primeiro estágio com o diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool. Esta utiliza IPE, nomeadamente a

Entrevista Motivacional, numa primeira fase, e, posteriormente, a Técnica de Modificação do Comportamento. O início da intervenção ocorre no período de internamento e será assegurada a sua continuidade na modalidade de Consulta de Enfermagem no departamento após a alta.

No projeto entregue à Enfermeira Gestora do serviço estão especificados os critérios de inclusão e de exclusão, os recursos humanos e materiais necessários, bem como os métodos utilizados e as atividades a desenvolver de acordo com o estadió motivacional em que a pessoa se encontre.

Importa salientar que o principal objetivo com a conceção do projeto centrou-se no desenvolvimento no departamento de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados do EEESMP. Estes indicadores permitem destacar os cuidados especializados em ESMP e avaliar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEESMP, visando a melhoria da prestação de cuidados de saúde e a valorização da Enfermagem. Para além do mencionado, os indicadores em saúde constituem uma base quantitativa para os profissionais de saúde, organização e gestores (Ordem dos Enfermeiros, 2023a).

Assim, foram propostos indicadores inerentes ao diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool. Os indicadores foram retirados do documento da MCEESMP relativo aos indicadores sensíveis aos cuidados especializados de ESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2023a). Assim, foi proposto um indicador epidemiológico, um de processo e um de resultado, pretendendo averiguar-se, respetivamente, a taxa de prevalência do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool, percentagem de utentes a quem foi executada a técnica de entrevista motivacional e taxa de resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool. Este último permite a aquisição de dados acerca da eficácia da intervenção especializada realizada (Sequeira & Sampaio *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Concluindo, o projeto realizado demonstra a aquisição de competências comuns do EE no domínio da gestão dos cuidados, uma vez que após a deteção de uma necessidade de cuidados, foi realizado um projeto visando a otimização e coordenação dos recursos humanos mais capacitados e especializados, com vista à prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade. Por sua vez, a averiguação desta qualidade de cuidados, e

tal como mencionado acima, ocorre através da interpretação dos resultados obtidos através do indicador de resultado.

Este projeto desenvolvido no decurso do estágio de natureza profissional em contexto de internamento, além de permitir a aquisição de competências comuns também possibilitou a aquisição de competências específicas do EEESMP que serão abordadas posteriormente.

4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

À semelhança do domínio anterior, o RCCEE também define duas competências para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Na primeira competência, o EE demonstra capacidade de autoconhecimento e assertividade, reconhecendo a sua interferência no estabelecimento de relações. A segunda competência diz respeito à prática clínica e processo de tomada de decisão, baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Relativamente à primeira competência, demonstrar capacidade de autoconhecimento é fundamental para a prática de Enfermagem. Assim, o EE apresenta consciência de si enquanto pessoa e profissional e gera respostas de adaptação tanto individual como organizacional. Para tal, otimiza o autoconhecimento de forma a facilitar a identificação de possíveis fatores de interferência no estabelecimento de relações tanto terapêuticas como profissionais, bem como reconhece os seus recursos e limites, consciencializando-se da influência pessoal nas relações profissionais. Uma gestão de sentimentos e emoções de forma eficaz, a identificação e antecipação de situações de conflitualidade e uso de técnicas de resolução de problemas são evidências de autoconhecimento (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Segundo Phaneuf (2005), os meios utilizados para se desenvolver o autoconhecimento são limitados e esta é uma tarefa que não pode ser considerada como concluída. No entanto, e segundo a autora, há mecanismos que auxiliam na descoberta de quem somos. São eles a autorreflexão, a tomada de consciência e a retroação pelos outros.

Assim, o autoconhecimento e autoconsciência inicia-se no decurso da prática como Enfermeira de cuidados gerais e desenvolve-se no decurso dos três estágios com o

estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes, bem como a partir do relacionamento com os elementos das equipas multidisciplinares. Para o estabelecimento e desenvolvimento de relações terapêuticas foi fundamental a aquisição de conhecimentos teóricos através das aulas lecionadas na Unidade Curricular "Desenvolvimento pessoal e comunicação terapêutica". Estas permitiram a identificação e correta atuação perante os impasses terapêuticos existentes, bem como a utilização de técnicas comunicacionais verbais e não verbais de forma eficiente e adequação dos fatores promotores de cada técnica comunicacional.

Em relação à segunda competência, o EE responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Neste sentido no decorrer da componente prática do Mestrado foram desenvolvidas duas atividades.

A primeira surgiu no seguimento do projeto da consulta de cessação alcoólica, mencionado no domínio de competência anterior, e prende-se com uma sessão de formação ministrada à equipa de ESMP (Apêndice III). Além de apresentado o projeto na sua globalidade, foi enfatizado o ponto referente à descrição das atividades a desenvolver, visto esta ser uma necessidade identificada pela equipa. Desta forma, e após diagnosticadas necessidades formativas, atuou-se como formador oportuno, respondendo a essas necessidades através da promoção de aprendizagens que permitam o desenvolvimento de habilidades e competências da equipa (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Por sua vez, no contexto da comunidade, e tendo conhecimento de que a melhor prática clínica é aquela que "combina a perícia clínica com a melhor evidência disponível" (Mendes *in* Sequeira & Sampaio, 2020, p. 31), contribuiu-se para esta temática com a elaboração de uma RIL, juntamente com o colega de estágio. A RIL intitulada de "O treino cognitivo computadorizado e a reabilitação cognitiva pós-acidente vascular cerebral", foi o mote para a elaboração futura de um programa de treino cognitivo computadorizado em pessoas após acidente vascular cerebral (AVC).

Esta revisão teve como objetivos a identificação dos benefícios e a caracterização de um programa de intervenção cognitiva computadorizada na melhoria da cognição da pessoa pós-AVC. Assim, como resultado da pesquisa obteve-se que o treino cognitivo computadorizado parece melhorar significativamente a cognição na sua globalidade,

melhorando funções específicas como a memória, atenção, linguagem, funções executivas, resolução de problemas e percepção visuoespacial. Em relação à idade média da amostra, e no que diz respeito à sua caracterização, 56% da amostra total dos estudos varia a idade média entre os 60 e os 69 anos e a fase de intervenção pós-AVC ocorria, predominantemente, após três meses do evento, ou seja, na fase crónica. Em relação aos critérios de inclusão dos utentes no programa destacam-se o diagnóstico de AVC, a concordância em participar no estudo, a presença de alterações cognitivas e ausência de alterações sensoriais. Por sua vez, os critérios de exclusão englobam as alterações graves da comunicação, a presença de patologia neurológica e/ou perturbação mental, de alterações sensoriais / percetiva e comprometimento motor. Por fim, na globalidade dos programas a participação ocorreu individualmente e o mais consensual era a periodicidade de cinco sessões semanais que variam entre 30 e 90 minutos, sendo a média do total de sessões de vinte e cinco sessões.

Com esta atividade foi-me possível colaborar num estudo de investigação e contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada em ESMP, através da interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência, que visam a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Finalizando este domínio e o ponto dedicado às competências comuns do EE, considera-se que foi demonstrada a aquisição das referidas competências nos seus quatro domínios.

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

A pessoa portadora de doença mental, nomeadamente DMG, padece de alterações profundas e persistentes no seu funcionamento, que se refletem na sua vida, sendo necessário múltiplas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Estes obtêm mais ganhos em saúde quando cuidados por um EEESMP comparativamente a outros profissionais (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Tal deve-se ao facto de a área especializada em ESMP espelhar uma prática de cuidados que assenta numa maior profundidade e variedade de conhecimentos, bem como numa maior complexidade de competências (Fernandes & Anastácio, 2022).

Assim, o EEESMP dirige os seus cuidados na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e no diagnóstico e respetiva intervenção face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas. Neste sentido, os cuidados de Enfermagem especializados têm como objetivo auxiliar a pessoa cuidada a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, de forma a atingir o seu máximo potencial de capacidade funcional no menor tempo possível (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

De forma a responder ao mencionado, o EEESMP mobiliza para a sua prática conhecimentos científicos, técnicos e humanos que se traduzem num conjunto de competências especializadas. Estas competências estão descritas no regulamento de competências específicas e subdividem-se em quatro. São elas: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”; “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”; “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”; e “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” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427).

Deste modo, e dado que a competência só existe quando é aplicada, o local de estágio assume um papel ativo na aquisição de competências (Silva & Silva, 2016). Assim, considera-se que os três locais nos quais decorreram os estágios de natureza profissional foram fundamentais uma vez que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMP.

As atividades desenvolvidas no decurso de cada estágio decorreram consoante as necessidades detetadas e vão de encontro à concretização dos objetivos preconizados para os mesmos, sendo que estes confluem para as competências específicas do EEESMP. A primeira competência, relacionada com o autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro, será abordada no ponto 5.4, dado que se considera que esta é transversal aos três contextos de estágio e que reflete o desenvolvimento tanto pessoal como profissional no decurso dos estágios de natureza profissional. Por sua vez, as restantes serão abordadas nos pontos seguintes, tendo em consideração o contexto em que se desenvolveram. De forma a facilitar a leitura e compreensão das competências específicas do EEESMP desenvolvidas, encontram-se esquematizadas no Quadro 1 (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, pp. 21428-21430).

Quadro 1 – Esquematização das competências específicas do EEESMP

F1. – “Detém um levado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”	
F1.1.	“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”
F2. – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”	
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.”
F2.3.	“Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

F3. – "Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto."	
F3.1.	"Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade."
F3.2.	"Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental."
F3.3.	"Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade."
F3.4.	"Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados."
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."
F4. – "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 comunidade, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde."	
F4.1.	"Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental."
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."
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."

5.1. Cuidar da pessoa em internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença

O contexto no qual decorreu o estágio de natureza profissional em contexto de internamento demonstrou-se propício à aquisição e desenvolvimento tanto de competências específicas como de competências comuns do EE, estas últimas já abordadas no ponto 4 do presente relatório.

Relativamente às competências específicas do EEESMP, nomeadamente a competência referente à assistência da pessoa ao longo do ciclo de vida na otimização da Saúde

Mental, no decurso deste estágio foi possível executar uma avaliação abrangente da pessoa com a descrição da sua história de saúde, nomeadamente de Saúde Mental, através da recolha de informação com utilidade clínica. Este momento permite compreender a perspetiva da pessoa relativamente à sua situação atual e desenvolver e fortificar a RT, previamente iniciada aquando do acolhimento no internamento (Amaral *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Para desenvolver esta competência – F2.2. – foram realizadas quatro entrevistas clínicas a pessoas com distintas patologias através de entrevista clínica de recolha de dados e com recurso ao guia de entrevista clínica em ESMP, elaborado na primeira semana do estágio e já abordado no ponto referente às competências comuns do EE (Apêndice I). Através da entrevista clínica ocorre a interação entre enfermeiro e pessoa cuidada e esta tem como objetivo a observação e recolha de informação que permita compreender a situação de saúde da pessoa, bem como formular diagnósticos de Enfermagem e posterior prescrição de intervenções (Sequeira *in* Sequeira & Sampaio, 2020). O facto de realizar a técnica por diversas ocasiões a pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental diferentes permitiu não só aprimorar a mesma, como também adaptar a linguagem e as aptidões comunicacionais, como as técnicas comunicacionais verbais e não verbais, às distintas situações.

No decurso das entrevistas clínicas efetuadas foram identificados e analisados problemas e necessidades específicas de duas pessoas. Tal permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP relativas ao apoio à pessoa e à prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais, socioterapêuticos e psicossociais à pessoa ao longo do ciclo de vida, com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde.

Assim, e através da sistematização e análise dos dados recolhidos, formularam-se diagnósticos de ESMP e elaborou-se o respetivo plano de conceção de cuidados individualizado com identificação dos resultados esperados com a sua implementação. As intervenções de Enfermagem explanadas nos planos de conceção de cuidados, bem como as atividades que concretizam cada uma, vão de encontro às propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) sétima edição (Butcher *et al.*, 2018) e encontram-se em linguagem classificada segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2023b).

O primeiro caso refere-se a um utente admitido no internamento por ideação suicida no contexto de uma Perturbação Afetiva Bipolar e que verbaliza arrependimento no ato, desencadeado pela incapacidade de realizar a sua atividade profissional (sic). Assim, e após identificação do domínio “Emoção” e formulação de dois diagnósticos de Enfermagem, um centrado na gestão de sinais e sintomas – humor depressivo – e outro no processo de transição – potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo –, foi elaborado o plano de conceção de cuidados e posterior planeamento e implementação da IPE “Executar [Relação de Ajuda Formal]” (Apêndice IV), segundo o procedimento proposto por Coelho *et al.* (2020). De acordo com os autores do modelo, este utiliza uma abordagem centrada na pessoa e não diretiva e tem como objetivo principal a capacitação da pessoa para a resolução do seu problema através dos recursos disponíveis.

O outro caso diz respeito a um utente admitido por ideação suicida não estruturada em contexto de Perturbação *Borderline* da Personalidade. A ideação suicida foi desencadeada por comentários negativos de pessoas próximas e vizinhos (sic). No decorrer da entrevista, tornou-se recorrente a verbalização de expressões negativas relativas ao seu futuro laboral e relacional, tendo sido identificada a distorção cognitiva “predição do futuro”. Este facto era considerado pelo utente um fator desencadeante de ansiedade, sendo observável no contacto sintomatologia ansiosa, como nervosismo e preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida, bem como verbalização de ansiedade. Neste sentido, e à semelhança do primeiro caso clínico, foram formulados dois diagnósticos Enfermagem, sendo um direcionado para a gestão de sinais e sintomas – ansiedade – e o outro para o processo de transição – potencial para melhorar o significado atribuído a eventos de vida. Ambos foram formulados após a identificação do domínio “Emoção” e aplicação do Inventário Estado-Traço da Ansiedade (STAI) e resultado da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) “Autocontrolo da Ansiedade”, ambos traduzidos e validados para Portugal.

De forma a dar resposta aos diagnósticos formulados foi implementado o plano de conceção de cuidados elaborado, nomeadamente com o planeamento e implementação da intervenção psicoterapêutica “Executar Reestruturação Cognitiva” (Apêndice V). A intervenção, e segundo Santos *et al. in* Sequeira & Sampaio (2020), pretende a identificação de interpretações irrealistas e negativas de um determinado

acontecimento e posterior alteração por interpretações realistas. Para tal, a pessoa considera os pressupostos que a levaram a construir a realidade.

O planeamento das IPE Relação de Ajuda Formal e Reestruturação Cognitiva seguiram o MIPE, proposto por Sampaio *et al.* (2018). Este modelo, entre outros pressupostos, define que a intervenção psicoterapêutica deverá ocorrer entre três e doze sessões, consoante a necessidade da pessoa, e a sua duração varia entre os 45 e 60 minutos por sessão.

Estas atividades, como mencionado acima, permitiram o desenvolvimento de diversas competências específicas do EE relativas aos pontos 3 e 4 do RCEEEESMP, nomeadamente as competências referentes à sistematização e análise de informação clínica e posterior definição de diagnósticos de Saúde Mental Psiquiátrica e elaboração e implementação de um plano de conceção de cuidados individualizado com identificação dos resultados esperados com a sua implementação – competências F3.1., F3.2. e F3.4. A implementação de IPE permitiu a prestação de cuidados psicoterapêuticos à pessoa adulta com necessidade de cuidados de saúde mental, centrados na resposta humana e com o objetivo de facilitar as respostas adaptativas com o aumento do *insight* para o seu problema – competência F4.2. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

A fim de desenvolver a competência F3.3. do regulamento de competências específicas, e de forma a manter a continuidade de uma intervenção já desenvolvida pela equipa de EEESMP, foi planeada a IPE “Executar Técnica de Relaxamento” e implementada em grupo, a pessoas com diagnóstico de Enfermagem: sono comprometido (Apêndice VI). O relaxamento apresenta potencial terapêutico, uma vez que impulsiona um estado de bem-estar na pessoa através da utilização direta ou indireta no tónus muscular (Coelho & Sousa *in* Sequeira & Sampaio, 2020). A intervenção desenvolveu-se em duas sessões, sendo na primeira executado o procedimento da técnica de relaxamento muscular modificado de Bernstein e Borkovec, de 1973, e na segunda o procedimento do relaxamento por imaginação guiada. O planeamento de ambas as sessões decorreram segundo o procedimento proposto por Coelho e Sousa *in* Sequeira & Sampaio (2020). Além da competência mencionada – F3.3. –, e à semelhança das IPE abordadas acima,

a atividade também permitiu o desenvolvimento das competências F3.1., F3.2., F3.4. e F4.2.

Como mencionado no início do presente ponto, o estágio de natureza profissional em contexto de internamento permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE. Exemplo de tal é o projeto de uma consulta de cessação alcoólica (Apêndice II), que para além de permitir a aquisição de competências comuns, especificamente no domínio da gestão dos cuidados, permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP F2.1., F2.3. e F3.2., através da identificação e avaliação de uma necessidade em Saúde Mental e Psiquiátrica e posterior coordenação e desenvolvimento do projeto mencionado que visou a prevenção da doença mental. O projeto contempla a identificação de resultados esperados com a sua implementação, bem como a definição de indicadores sensíveis aos cuidados do EEESMP.

De salientar, que a implementação das intervenções especializadas e a conceção do projeto visaram a promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental – competência F4.3. – aquando do regresso ao seu quotidiano, promovendo o desenvolvimento da sua máxima autonomia e funcionalidade, quer a nível pessoal, familiar, social e profissional, que permitam uma inserção familiar, social e profissional, respetivamente.

Concluindo, o estágio de natureza profissional em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença, permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP F2.1., F2.2., F2.3., F3.1., F3.2., F3.3., F3.4., F4.2. e F4.3., descritas no RCEEEESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

5.2. Cuidar da pessoa na comunidade

O estágio de natureza profissional no contexto de comunidade decorreu numa UCC onde os projetos implementados pela equipa de Saúde Mental, como mencionado no ponto referente à sua contextualização, versam sobre cuidados à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental e à pessoa com cognição comprometida e seus cuidadores, no contexto comunitário ou domiciliário.

A pessoa idosa, nomeadamente com alteração da cognição, representa grande parte da população alvo dos cuidados. Tal deve-se ao facto de esta faixa etária, ≥ 65 anos de idade, e segundo dados fornecidos pela equipa, representar cerca de 30% da população da área de abrangência da UCC e de em Portugal, segundo estimativas, cerca de 150.000 pessoas apresentarem PNCM, sendo a tendência aumentar devido ao envelhecimento populacional (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho).

Estes dois fatores, idade e prevalência de PNCM, e após avaliação e verificação da necessidade crescente de intervir na pessoa com cognição comprometida e/ou seu cuidador na população da área de abrangência da UCC, originou a criação de um projeto cujo objetivo *major* é a melhoria da qualidade de vida dos intervenientes. Na sua implementação, inicialmente são avaliadas as necessidades, tanto da pessoa como do cuidador, e elaborado um plano de intervenção individual de acordo com as necessidades detetadas.

Uma vez que na UCC onde decorreu o estágio se recorre ao método de gestão de caso, foi possível intervir em pessoas com memória de curto prazo comprometida e cognição comprometida inseridas no referido projeto e cujo terapeuta de referência era o enfermeiro monitor. Nesta metodologia o profissional de saúde, neste caso o EEESMP, assume as funções de terapeuta de referência com a elaboração do plano de conceção de cuidados individualizado, na orientação no acesso aos recursos comunitários, bem como na elaboração de relatórios acerca da situação atual e evolução.

O facto de intervir em utentes previamente acompanhados pelo enfermeiro monitor permitiu a manutenção da continuidade de cuidados. Assim, foi elaborado um plano de conceção de cuidados individualizado e planeada e implementada a intervenção especializada “Executar Estimulação Cognitiva” a uma pessoa com diagnóstico de Enfermagem: memória de curto prazo comprometida e a duas pessoas com diagnóstico de cognição comprometida (Apêndice VII). Esta pode ser desenvolvida em grupo ou individualmente, sendo objetivo da vertente individual o auxílio à pessoa na manutenção da orientação e das capacidades reminiscentes e promoção da sua autonomia e funcionalidade (Sousa *et al. in* Sequeira & Sampaio, 2020).

As três intervenções ocorreram individualmente, sendo que uma decorreu nas instalações da UCC e as outras duas no domicílio da pessoa. O facto de a intervenção

ser executada no domicílio proporciona uma maior proximidade entre enfermeiro-pessoa-cuidador, o que facilita o estabelecimento da RT e de confiança e permite a identificação das necessidades e adequação das atividades através de práticas cooperativas entre a pessoa e o cuidador (Gaspar, 2011).

Importa mencionar que o procedimento instituído pelo enfermeiro foi mantido de forma a não influenciar na dinâmica das sessões. Assim as funções cognitivas da orientação e memória são estimuladas em todas as sessões, numa fase inicial do desenvolvimento, e posteriormente estimulada uma outra área cognitiva alterada – cálculo e linguagem, por exemplo. De salientar que a entrevista clínica de recolha de dados e a avaliação cognitiva ocorreram aquando da inclusão da pessoa no projeto por parte do EEESMP de referência pelo que não se contempla no planeamento, tendo-se recorrido à consulta do processo clínico para recolha de dados.

Ainda dirigido à pessoa com cognição comprometida, encontra-se implementado na UCC um programa de treino cognitivo combinado computadorizado. Este destina-se a pessoas com PNCL ou PNCM em fase inicial da área de abrangência da UCC que apresentem capacidade de se deslocar às instalações da unidade, uma vez que este é em grupo e presencial. Os seus principais objetivos são estimular as funções cognitivas afetadas, promover a interação social e a expressão de emoções. A estrutura do programa segue o preconizado por Sampaio *et al.* (2018) no MIPE e as funções cognitivas da orientação, atenção e memória são abordadas na fase inicial do desenvolvimento da sessão, sendo a restante dinamizada com recurso a um programa computadorizado (*Cogweb*) em que é abordada uma terceira função cognitiva, sequencialmente.

Assim, foi possível implementar e dinamizar quatro sessões de grupo, cujas funções abordadas foram: linguagem, cálculo, funções executivas e capacidade perceptiva e construtiva. Na fase inicial do desenvolvimento da sessão os participantes identificam no calendário e mencionam o dia, mês e ano em que decorre a sessão. Posteriormente, evocam a cor e imagens atribuídas aquando do ingresso no programa e no final da fase de desenvolvimento evocam novamente a cor e imagens, sendo que estas se encontram voltadas. Em ambos os momentos são utilizadas técnicas de associação e redução de pistas. Em relação às funções cognitivas abordadas com recurso ao *Cogweb*, o grau de

dificuldade de cada exercício é planeado consonante o desempenho do grupo na última sessão em que foi implementado. Nesta atividade, a maior dificuldade sentida foi a adequação do tempo de espera até obtenção de resposta por parte da pessoa, bem como a memorização das imagens e respetivas pistas e associações de cada um. Tal foi aperfeiçoado com o desenvolver das sessões.

As atividades desenvolvidas no âmbito da pessoa com cognição comprometida permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP relativas aos cuidados na comunidade. Destas destaca-se a avaliação de necessidades de Saúde Mental da comunidade – F2.1. -, a implementação de projetos que visam a prevenção da doença mental e promoção e proteção da saúde mental através da realização da intervenção especializada “Executar Estimulação Cognitiva” individual – F2.3 – e a implementação de programas de treino em Saúde Mental com a concretização do programa de treino cognitivo combinado computadorizado vigente na UCC – F4.1. Ambos os projetos contribuem para a promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental de evolução prolongada, uma vez que têm como propósito promover a autonomia e funcionalidade da pessoa com cognição comprometida – F4.3. Foi ainda desenvolvida a competência F3.5. com o desempenho de funções de terapeuta de referência através da metodologia de gestão de caso. Além das competências mencionadas, foram ainda aperfeiçoadas competências já abordadas no contexto de estágio anterior, nomeadamente as competências F3.1., F3.2., F3.3., F3.4. e F4.2. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Por fim, e inserido no projeto destinado à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, o contexto da comunidade permitiu iniciar a IPE que suporta a parte II do presente relatório, referente à componente da prática baseada em evidências (PBE). Assim, o plano de conceção de cuidados elaborado após a avaliação global das necessidades da pessoa e do estabelecimento do diagnóstico em Saúde Mental, bem como o planeamento da IPE “Executar Reestruturação Cognitiva” será abordada e explanada no referido ponto do relatório. Esta atividade permitiu o desenvolvimento das unidades de competência F2.2., F3.1., F3.2., F3.4. e F4.2. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Assim, pode considerar-se que o estágio de natureza profissional em contexto de comunidade permitiu o desenvolvimento da totalidade das competências específicas do EEESMP preconizadas no RCEEEESMP.

5.3 Cuidar da pessoa em unidade de respostas diferenciadas

O estágio de natureza profissional em contexto de reabilitação psicossocial, tal como mencionado no capítulo referente à sua contextualização, realizou-se numa unidade de médio / longo internamento, na qual predominam os diagnósticos de Esquizofrenia e Perturbação da Personalidade e cujo objetivo é a reabilitação psicossocial das pessoas institucionalizadas. De forma a responder ao objetivo, os cuidados, nomeadamente os prestados à pessoa com DMG, devem ser orientados para a integração da pessoa na comunidade e sociedade, promovendo os processos de empoderamento e recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A promoção do primeiro, empoderamento, permite a capacitação da pessoa na gestão da sua situação de saúde, através da promoção da autonomia e responsabilização, tornando-a um elemento fulcral no processo de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Por sua vez, a recuperação pressupõe que a pessoa, mesmo aquela que necessita de cuidados de saúde mental, é parte ativa no seu processo de reabilitação e apresenta potencial de recuperação e melhoria do seu funcionamento (Oliveira & Filipe, 2009). Estes dois conceitos estão profundamente interligados e é fundamental que o enfermeiro assuma uma posição de cooperação com a pessoa, permitindo-lhe desempenhar um papel ativo no seu processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Assim, os projetos desenvolvidos na unidade na qual decorreu o estágio visam a promoção da máxima autonomia e funcionalidade da pessoa, tanto ao nível pessoal, como ao nível familiar, profissional e relacional, sendo os planos terapêuticos elaborados de acordo com os objetivos e preferências da pessoa, estando esta envolvida em todo o processo. Um dos projetos da unidade é a Reunião Comunitária onde se abordam diferentes temáticas de acordo com as necessidades e preferências das utentes. No decorrer do estágio deu-se a oportunidade de assistir a uma das reuniões em que foram abordados os direitos e deveres do utente. O principal objetivo

da sessão, para além da promoção de competências relacionais, centra-se na vertente educativa através da dotação de conhecimentos e posterior discussão sobre os mesmos.

Relativamente às atividades desenvolvidas no contexto de reabilitação psicossocial, no início do estágio, em reunião com a chefia do serviço, foi identificada a necessidade por parte da unidade da implementação de uma intervenção relativa às competências sociais. Deste modo, foi planeada e implementada a intervenção “Executar Treino de competências sociais” (Apêndice VIII), reconhecida na NIC como uma intervenção de ESMP e que pretende ajudar a pessoa a desenvolver ou melhorar as suas competências sociais e interpessoais (Butcher *et al.*, 2018). A intervenção foi implementada em grupo e versava a melhoria da interação social e interpessoal entre as participantes.

De forma a responder ao proposto pela chefia da unidade, e uma vez que o treino de competências sociais pretende ensinar a pessoa sobre competências comunicacionais de forma a esta melhorar o seu envolvimento assertivo nas suas relações interpessoais (Granhölm *et al.*, 2016), recorreu-se ao módulo “Habilidades de Relações Interpessoais” do Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus+”, desenvolvido por Teixeira em 2022. Optou-se pelo referido módulo do programa uma vez que este vai ao encontro das necessidades detetadas e objetivos pretendidos.

A intervenção decorreu em três sessões de aproximadamente 60 minutos cada em que, em cada momento, foi implementada uma sessão do módulo. Na fase inicial da primeira sessão e como forma de contextualização do tema procedeu-se à análise dos conceitos de Saúde Mental e Saúde Mental Positiva e do Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva e abordaram-se as dificuldades relacionais e emocionais de cada participante. Na segunda sessão, na fase inicial implementou-se uma atividade de quebra-gelo e de seguida desenvolveu-se a identificação de diferentes emoções e reação das participantes a distintas situações. Por fim, na sessão 3 e final, exploraram-se os aspetos que cada participante considera importante existir na relação com os outros – pedras basilares da relação.

No final da primeira sessão detetou-se a necessidade de proceder a adaptações nas dinâmicas propostas no programa utilizado dadas as características da população-alvo – pessoas adultas com doença mental.

Esta atividade permitiu a implementação de um programa de treino em Saúde Mental, após avaliação das necessidades de um grupo de utentes da unidade. Este visa o empoderamento da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, o desenvolvimento emocional e o treino de competências sociais. Estes fatores contribuem para a reabilitação psicossocial da pessoa no que concerne à maximização da funcionalidade social. Assim, esta atividade permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP F2.1., F3.1., F3.3., F4.1. e F4.3., descritas no RCEEEESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Ainda relacionado com a reabilitação psicossocial, surgiu a oportunidade de integrar por um dia uma equipa de apoio domiciliário integrada na Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. Esta tem como objetivos primordiais a maximização da autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial, melhoria da integração social e acesso a recursos da comunidade, reforço da rede de apoio social, entre outros. Para tal, promovem a autonomia de atividades de vida diária básicas e instrumentais, facilitam o acesso a atividades ocupacionais e supervisionam a gestão da terapêutica. Sempre que necessário e adequado, há o envolvimento e treino de familiares / cuidadores informais na prestação dos cuidados. A equipa recorre à metodologia de gestão de caso, sendo o terapeuta de referência o Enfermeiro, Psicóloga ou Técnico do Serviço Social da equipa.

No decorrer do estágio, e à semelhança do estágio em contexto de comunidade, foi iniciada a implementação da IPE, “Executar Reestruturação Cognitiva”, que suportará a parte referente à PBE em duas utentes da unidade, pelo que a seu planeamento será abordado na parte II do presente relatório, bem como o plano de conceção de cuidados elaborado. A atividade permitiu o desenvolvimento das unidades de competência F2.2., F3.1., F3.2., F3.4. e F4.2. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Concluindo, o estágio de natureza profissional em contexto de reabilitação psicossocial permitiu desenvolver a grande maioria das competências do EEESMP, nomeadamente

as unidades de competência F2.1., F2.2., F2.3., F3.1., F3.2., F3.3., F3.4., F4.1., F4.2. e F4.3. (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

O EEESMP no decurso da sua prática clínica desenvolve capacidades e vivências e aplica conhecimentos humanos, científicos e técnicos que contribuem para a mobilização de competências tanto psicoterapêuticas como psicossociais, psicoeducacionais e socioterapêuticas, e é através da implementação das primeiras que o EE desenvolve o seu juízo clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Ainda na prática clínica, o EEESMP mobiliza parte de si, de forma consciente, como instrumento terapêutico para o estabelecimento de vínculos e estruturação de intervenções de Enfermagem. Para tal, é necessário que este apresente consciência e conhecimento de si próprio (Townsend, 2011).

Também Phaneuf (2005) defende estes conceitos, referindo que são as qualidades pessoais do enfermeiro que baseiam as competências de Enfermagem e que estas comportam duas exigências: a mobilização das suas capacidades pessoais e a mobilização dos seus saberes aplicados aos cuidados. Em relação à primeira, previamente à sua mobilização é necessário o enfermeiro reconhecer e estar consciente das capacidades pessoais que possui. Ainda segundo a autora, a introspeção, autorreflexão e tomada de consciência acerca da sua personalidade são estratégias que permitem a cada um constatar quem é e como é, ou seja, autoconhecer-se.

Assim, e remetendo para a primeira competência do RCEEEESMP, “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427), os três estágios clínicos foram fundamentais para o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência.

Estes permitiram a identificação de sentimentos, emoções e valores, que surgiram aquando da prestação de cuidados e estabelecimento da RT, bem como a automonitorização e contenção de possíveis reações emocionais, corporais ou mesmo comportamentais que pudessem interferir na RT. Permitiram, ainda, a identificação e posterior gestão de impasses terapêuticos, como eventos de transferência e contratransferência.

Enquanto no primeiro, a pessoa cuidada associa, inconscientemente, sentimentos e atitudes do enfermeiro a outro que desempenhe um papel significativo na sua vida, podendo ocorrer a projeção de um sentimento especial pelo profissional, na contratransferência, a resposta emocional a conflitos prévios é desencadeada pelo enfermeiro em resposta a uma resistência, podendo ocorrer reações distintas como a preocupação, aversão, hostilidade ou ansiedade (Sequeira *in* Sequeira, 2016).

Em ambas as situações, quando tal sucede não significa o término da RT, excetuando quando se revela uma barreira séria à relação ou uma ameaça ao enfermeiro. Nas situações em que o impasse ocorre por parte da pessoa cuidada deve ser abordado com esta a identificação da transferência e a atribuição de um novo significado à RT. Quando ocorre a contratransferência, o enfermeiro deve ser assistido pelos seus pares na identificação e reconhecimento do acontecimento, bem como dos sentimentos e comportamentos desencadeados, e posterior análise e reflexão (Townsend, 2011).

No decorrer do terceiro estágio, contexto de reabilitação psicossocial, deparou-se com uma situação que poderia ter evoluído para o impasse terapêutico decorrente da idealização por parte da pessoa de uma figura familiar no profissional de saúde. Tal deveu-se ao facto de o profissional assumir a função de pessoa significativa, característico do decurso da RT, nomeadamente, na fase correspondente à identificação. Assim que identificada a possibilidade da situação, foram explorados os sentimentos e emoções da pessoa relativos à RT e revistas e clarificadas as posições de cada interveniente, assim como os objetivos da mesma (Pinheiro *et al.*, 2019). A identificação e intervenção permitiu a manutenção da RT e evitou-se a evolução para o impasse terapêutico.

Posto isto, e dado que somente após o desenvolvimento destas competências pessoais é possível a construção de competências profissionais (Phaneuf, 2005) e que as

primeiras se aprimoram no estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa cuidada (Peplau, 1990), é possível afirmar que a componente clínica, na sua vertente de estágios de natureza profissional, tornou-se parte fulcral para o desenvolvimento tanto pessoal como profissional. Este último encontra-se esquematizado no Quadro 2 (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, pp. 21428-21430). De salientar que a primeira competência do RCEEEESMP, relativa ao autoconhecimento e autoconsciência, abordada acima não é contemplada no quadro por se considerar que esta é transversal a todas as atividades realizadas nos distintos contextos de estágio.

Quadro 2 – Esquematização da aquisição de competências específicas do EEESMP através das atividades desenvolvidas

F2. – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”	
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.”	
I	Avaliação das necessidades em saúde mental do grupo e identificação de fator predisponente de perturbação mental (abuso do álcool).
II	Avaliação das necessidades em saúde mental da comunidade e sua repercussão.
III	Avaliação das necessidades em saúde mental do grupo e sua repercussão.
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.”	
I	Recolha de informação clínica através de entrevista clínica de colheita de dados para realização de quatro entrevistas clínicas.
II	Realização de entrevista clínica de colheita de dados no âmbito da IPE “Executar Reestruturação Cognitiva” (parte II do relatório de atividades).
III	Realização de entrevista clínica de colheita de dados no âmbito da IPE “Executar Reestruturação Cognitiva” (parte II do relatório de atividades).
F2.3. – “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”	
I	Coordenação e desenvolvimento de um projeto de prevenção da perturbação mental e promoção da saúde mental (projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”).
II	Implementação de um projeto de prevenção da perturbação mental e promoção da saúde mental na comunidade.
F3. – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.”	
F3.1. – “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”	
I	Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP da pessoa (humor depressivo e potencial para melhorar a consciencialização

	sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo; ansiedade e potencial para melhorar o significado atribuído a eventos de vida); Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP do grupo (sono comprometido).
II	Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP da pessoa (memória de curto prazo comprometida e cognição comprometida); Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP da pessoa (ansiedade e potencial para melhorar o significado atribuído a eventos de vida).
III	Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP do grupo (comportamento interativo comprometido); Identificação e análise do problema / necessidade e formulação do diagnóstico de ESMP da pessoa (ansiedade e potencial para melhorar o significado atribuído a eventos de vida).
F3.2. – “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”	
I	Identificação dos resultados clínicos individualizados esperados dos planos de conceção de cuidados elaborados; Definição de indicadores sensíveis aos cuidados de ESMP (Projeto “Consulta de Cessação Alcoólica).
II	Identificação dos resultados clínicos individualizados esperados dos planos de conceção de cuidados elaborados.
III	Identificação dos resultados clínicos individualizados esperados dos planos de conceção de cuidados elaborados.
F3.3. – “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”	
I	Planeamento e implementação da IPE em grupo (Técnica de Relaxamento).
II	Planeamento e implementação da intervenção especializada de Enfermagem na comunidade (Estimulação Cognitiva em grupo).
III	Planeamento e implementação da especializada de Enfermagem (Treino de competências sociais)
F3.4. – “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”	
I	Elaboração e implementação de planos de conceção de cuidados individualizados com identificação dos resultados esperados.
II	Elaboração e implementação de planos de conceção de cuidados individualizados com identificação dos resultados esperados.
III	Elaboração e implementação de planos de conceção de cuidados individualizados com identificação dos resultados esperados.
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.”	
II	Terapeuta de referência nos casos intervindos.

F4. – "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 comunidade, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde."	
F4.1. – "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental."	
II	Implementação de um programa de treino em Saúde Mental (treino cognitivo computadorizado combinado).
III	Implementação de um programa de treino em Saúde Mental (Módulo 6 do programa "Mentis Plus+"-versão adaptada).
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."	
I	Implementação de IPE individuais que potenciem o <i>insight</i> da pessoa (Relação de Ajuda Formal e Reestruturação Cognitiva); Implementação de IPE em grupo (Técnica de Relaxamento).
II	Implementação da intervenção especializada em Enfermagem (Estimulação Cognitiva individual e em grupo); Implementação de IPE individuais que potenciem o <i>insight</i> da pessoa (Reestruturação Cognitiva);
III	Implementação de IPE individuais que potenciem o <i>insight</i> da pessoa (Reestruturação Cognitiva);
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."	
I	Promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental através da implementação de IPE e conceção do projeto "Consulta de Cessação Alcoólica".
II	Promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental de evolução prolongada.
III	Promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com DMG através da implementação de intervenções estruturadas em grupo com vista maximização da funcionalidade social.

Legenda: **I**: Estágio em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença; **II**: Estágio em contexto de comunidade; **III**: Estágio em contexto de unidade de respostas diferenciadas – Reabilitação Psicossocial

Assim, e uma vez abordados os três contextos nos quais decorreram os estágios de natureza profissional e as quatro competências específicas do EEESMP, considera-se que foram alcançadas a totalidade das unidades de competências correspondentes a cada competência descrita no RCEEEESMP.

PARTE II – A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA EM EVIDÊNCIAS

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE NA PESSOA ADULTA COM PERTURBAÇÃO MENTAL

RESUMO

Enquadramento: As perturbações mentais são consideradas a principal causa de incapacidade em Portugal, sendo este o segundo país europeu com maior prevalência das mesmas. A pandemia de Covid-19 pode ter agravado o aparecimento e intensidade de sintomatologia ansiosa, sendo que esta se encontra presente em distintas patologias mentais.

Objetivo: Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para o autocontrolo da ansiedade em adultos com perturbações mentais.

Método: Revisão Integrativa da Literatura, com recurso às bases de dados CINAHL e MEDLINE, de publicações entre 2017 e 2022. Estratégia de pesquisa: “Psychiatric Nursing” AND “Anxiety” AND “Self-Control” OR “Self-Management” AND “Adult” AND “Mental Disorders”. Critérios de inclusão: estudos realizados com adultos portadores de perturbação mental e com ansiedade; publicados entre janeiro de 2017 e junho de 2022; idioma português ou inglês. A pesquisa foi realizada entre 25 de maio e 8 de junho de 2022.

Resultados: Dos 560 estudos identificados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados três estudos para Revisão Integrativa da Literatura, sendo dois publicados em países europeus e um no Canadá.

Discussão: A literatura sugere a Terapia Cognitivo-Comportamental e a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem como eficazes na redução da ansiedade e no seu autocontrolo.

Conclusão: As intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem traduzem resultados positivos no autocontrolo da ansiedade. A sua aplicação na prática clínica permite uniformizar os cuidados de Enfermagem para a capacitação de adultos com perturbações mentais no autocontrolo da ansiedade.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Ansiedade; Autocontrolo; Adulto; Perturbação mental

ABSTRACT

Background: Mental disorders are considered the main cause of disability in Portugal, which is the second most prevalent European country. The Covid-19 pandemic may have exacerbated the appearance and intensity of anxiety symptoms, which are present in different mental pathologies.

Objective: Identify the interventions of the psychiatric and mental health nurse for anxiety self-control in adults with mental disorders.

Method: Integrative Literature Review, using the CINAHL and MEDLINE databases, for publications between 2017 and 2022. Research strategy: "Psychiatric Nursing" AND "Anxiety" AND "Self-Control" OR "Self-Management" AND "Adult" AND "Mental Disorders." Inclusion criteria: studies conducted with adults with mental disorders and anxiety; published between January 2017 and June 2022; in Portuguese or English. The search was conducted between May 25 and June 8, 2022.

Results: Out of 560 studies identified after applying inclusion and exclusion criteria, three studies were selected for Integrative Literature Review, with two published in European countries and one in Canada.

Discussion: The literature suggests that Cognitive-Behavioural Therapy and nursing psychotherapeutic intervention are effective in reducing anxiety and promoting self-control.

Conclusion: Nursing psychotherapeutic interventions translate into positive results in anxiety self-control. Their application in clinical practice allows standardize nursing care to empower adults with mental disorders in self-control of anxiety.

Keywords: Psychiatric Nursing; Anxiety; Self-control; Adult; Mental disorder

CONTEXTUALIZAÇÃO

Em Portugal, as perturbações mentais são a principal causa de incapacidade e a terceira com maior carga de doença. Estudos de 2017 demonstram que Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de perturbações psiquiátricas (22,9%) (Conselho Nacional de Saúde, 2019). De entre as patologias do foro mental, as Perturbações da Ansiedade e Depressivas são as mais prevalentes em Portugal, sendo o país com maior prevalência mundial das Perturbações da Ansiedade (8%). Ambas as patologias têm em comum a presença de sintomatologia ansiosa, o que aumenta a sua prevalência no país (Dattani *et al.*, 2023). Um estudo recente, realizado em Portugal, demonstrou que 26,9% dos participantes relataram a presença de sintomatologia ansiosa, sendo que grande parte destes relacionam-na com a pandemia Covid-19, podendo esta ter agravado a intensidade dos sintomas de ansiedade (Aguiar *et al.*, 2022).

As perturbações da ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais, sendo que esta patologia se distingue do medo ou da ansiedade adaptativa por se apresentar de forma excessiva e persistente (American Psychiatric Association, 2022). Por sua vez, a ansiedade enquanto sintoma é definida por Herdman *et al.* (2021) como a resposta emocional a uma ameaça vaga em que a pessoa antecipa um perigo iminente não específico, uma catástrofe ou um infortúnio. Esta resposta pode ocorrer de forma comportamental, emocional, fisiológica ou cognitiva (Herdman *et al.*, 2021) e é importante que a pessoa com sintomatologia ansiosa seja capaz de a autocontrolar.

Assim, autocontrolo é a disposição tomada para cuidar do necessário para a sua própria manutenção, lidar com as atividades de vida e as necessidades básicas e íntimas e para se conservar ativo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Para autocontrolar a sua ansiedade, a pessoa com perturbação mental pode recorrer a diferentes recursos farmacológicos e não-farmacológicos, nomeadamente intervenções ministradas por enfermeiros especialistas (Sampaio *et al.*, 2018).

As intervenções de Enfermagem, que têm como objetivo apoiar a pessoa a recuperar, manter e melhorar a sua saúde, são consideradas ações praticadas com vista a dar resposta a um diagnóstico de Enfermagem e produzir um resultado de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Dado que a pessoa com perturbação

mental, vivencia processos de transição desadaptados e com respostas humanas desajustadas, as intervenções ministradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) visam minimizar esses efeitos. Tais intervenções permitem colaborar com a pessoa e seus familiares, na adaptação das respostas aos problemas relacionados com a doença mental, evitando o agravamento da situação e a desinserção social e promovendo a recuperação e qualidade de vida de todos os intervenientes (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Neste sentido, e dado que na literatura são escassos os estudos que abordam a ação do EEESMP no que concerne ao autocontrolo da ansiedade, e conseqüente redução da sua sintomatologia, surge a questão de investigação: “Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental?”.

MÉTODO

O método utilizado para a concretização do presente trabalho foi a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de acordo com as cinco fases propostas por Whitemore e Knafl (2005). Segundo os autores, este é um método de revisão que reúne e resume a literatura empírica e teórica de forma a fornecer uma compreensão abrangente de um fenómeno ou problema de saúde. As cinco fases propostas compreendem a identificação do problema, a pesquisa bibliográfica, a avaliação dos dados, a análise dos dados e, por fim, a apresentação dos dados obtidos (Whitemore & Knafl, 2005). Importa ressaltar que a fase da análise de dados será abordada no capítulo correspondente à discussão e a fase de apresentação dos dados obtidos corresponde à elaboração do presente trabalho. Deste modo, as fases exploradas de seguida correspondem às três primeiras fases propostas por Whitemore e Knafl (2005).

1. Fase de identificação do problema

Na literatura são escassos os estudos que abordam a ação do EEESMP no autocontrolo da ansiedade e redução da sintomatologia, sendo o objetivo da presente RIL a

identificação de intervenções passíveis de ser ministradas pelo EEESMP para o autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental. Para tal, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental?” Esta seguiu o modelo PICo, proposto por Lockwood *et al.* (2015) para pesquisas do tipo qualitativo, sendo que P corresponde às características da população – pessoa adulta com perturbação mental –, I diz respeito aos fenómenos de interesse – intervenção do EEESMP no autocontrolo da ansiedade –; e Co refere-se ao contexto – não especificado.

2. Fase de pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, através do motor de busca EBSCOhost, ocorreu através da utilização dos descritores validados DeCS: “Psychiatric Nursing” AND “Anxiety” AND “Self-Control” OR “Self-Management” AND “Adult” AND “Mental Disorders”. Para a seleção dos estudos foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: estudos realizados em pessoas adultas com perturbação mental e ansiedade, intervenções implementadas por enfermeiros, nos idiomas português e inglês, publicados entre janeiro de 2017 e junho de 2022 (últimos 5 anos). Os critérios de exclusão definidos foram: estudos realizados em crianças ou idosos e intervenções implementadas por profissionais de saúde que não enfermeiros.

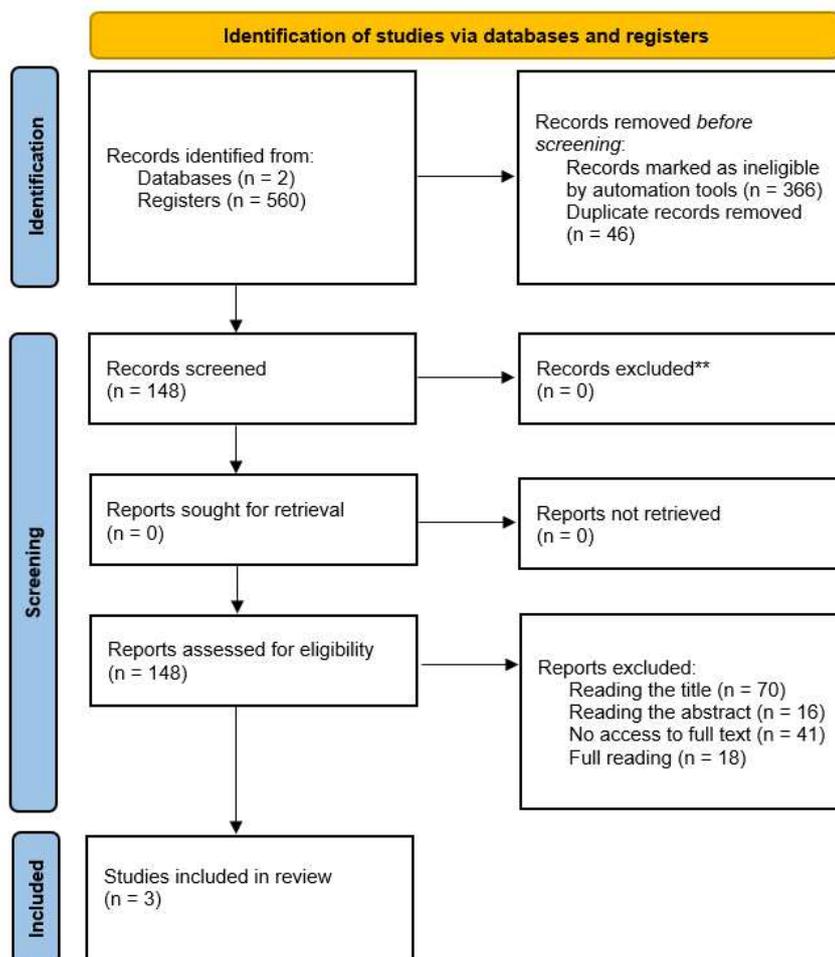
3. Fase de avaliação dos dados

A verificação dos critérios de inclusão definidos e das informações a extrair ocorreu com a análise dos títulos dos estudos e posteriormente do resumo, tendo sido aceites para leitura integral os estudos que cumprissem com os critérios estabelecidos e que o acesso ao mesmo fosse possível. As informações a extrair prendiam-se com o objetivo do estudo, a caracterização da amostra e do contexto e resultado obtido. Para facilitar a interpretação dos dados recolhidos, as informações extraídas foram organizadas num banco de dados apresentado no capítulo seguinte.

RESULTADOS

Dos 560 estudos identificados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados três estudos para RIL. O processo de seleção decorreu segundo o proposto por Page *et al.* (2021) – figura 1.

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos que integram a Revisão Integrativa da Literatura.



De forma a simplificar a análise dos dados extraídos, os estudos selecionados foram organizados num banco de dados – Quadro 3 – com identificação do estudo (autores, título, objetivo, país e ano de publicação e tipo de estudo); caracterização da amostra e do contexto; e resultado obtido.

Quadro 3 – Resumo dos estudos incluídos da Revisão Integrativa da Literatura

	<u>Identificação do estudo</u>	<u>Caraterização da amostra e do contexto</u>
<u>Estudo 1</u>	Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Canut, M. T. C., & Martins, T.	<p><u>Contexto:</u> n= 60; pessoas com doença mental em regime de ambulatório;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de Controlo (GC): n= 31; submetido ao tratamento habitual. - Grupo de Intervenção (GI) n= 29; submetidos a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem com EEESMP semanal no total de 5 sessões com duração média de 45 a 60 minutos/sessão + tratamento habitual. <p><u>GC:</u> sexo feminino na totalidade, 47,9 anos de média de idade, 48% é casada e 52% pertence à classe média. 26% apresenta Perturbação Depressiva e 29% Distímia. Média de 34.58 no resultado NOC “Nível de Ansiedade” e de 26.55 no resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”.</p> <p><u>GI:</u> 90% do sexo feminino, 45,8 anos de média de idade, 72% é casada e 48% pertence à classe média. 41% apresenta Perturbação Depressiva e 21% Distímia. Média de 34.34 no resultado NOC “Nível de Ansiedade” e de 27.10 no resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”.</p>
	“A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients.”	
	<u>Objetivo do estudo:</u> avaliar a eficácia a curto prazo de uma intervenção psicoterapêutica em Enfermagem em pessoas com perturbação mental em ambulatório com diagnóstico de Enfermagem de “ansiedade”.	
	Portugal, 2017; Artigo. Estudo Randomizado Controlado.	
<u>Resultados obtidos</u>	Os níveis de ansiedade reduziram em ambos os grupos, tendo ocorrido uma redução mais significativa no grupo de intervenção (GC: T0= 34.58 e T1= 45.71; GI: T0= 34.34 e T1= 58.59). No entanto, apenas o GI demonstrou melhorias em relação ao autocontrolo da ansiedade (GC: T0= 26.55 e T1=25.65; GI: T0= 27.10 e T1=34.21).	
<u>Estudo 2</u>	Zoun, M. H. H., Koelloel, B., Sinnema, H., Felz-Cornelis, C. M., Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., Smit, F., & Spijker, J.	<p><u>Contexto:</u> n= 141; pessoas com Perturbação da Ansiedade ou Depressiva resistente ao tratamento em regime de ambulatório;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de Controlo (GC): n= 70; submetido ao tratamento habitual de suporte (sessões com enfermeiro especialista em psiquiatria comunitária e/ou psicofarmacologia). - Grupo de Intervenção (GI) n= 71; submetidos à intervenção baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental com enfermeiro especialista (ou outro profissional qualificado) durante 13 sessões no total de 26 semanas. <p>Avaliações pré-intervenção (T0), 6 meses (T1), 12 meses (T2) e 18 meses (T3) após intervenção.</p>
	“Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: results of a randomized controlled trial.”	
	<u>Objetivo do estudo:</u> comparar a eficácia da intervenção baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental	

	relativamente à qualidade de vida, gravidade dos sintomas e empoderamento.	<p><u>GC</u>: 66.2% do sexo feminino, 47,9 anos de média de idade, 45.1% é casada, 53.5% apresenta baixo nível de escolaridade e 81% tinham um emprego não pago. 16.9% apresenta Perturbação da Ansiedade, 29.6% Perturbação Depressiva e 46.5% ambas. Média de 45.28 no Inventário da Ansiedade de Beck, 23.18 no Questionário de Saúde do Paciente-9 e 121.48 na lista de Empoderamento dos países Baixos.</p> <p><u>GI</u>: 65.7% do sexo feminino, 47 anos de média de idade, 62.9% é casada, 50% apresenta baixo nível de escolaridade e 79.4% tinham um emprego não pago. 17.1% apresenta Perturbação da Ansiedade, 22.9% Perturbação Depressiva e 41.4% ambas. Média de 43.82 no Inventário da Ansiedade de Beck, 22.51 no Questionário de Saúde do Paciente-9 e 121.88 na lista de Empoderamento dos Países Baixos.</p>
	Países Baixos, 2019; Artigo. Estudo Randomizado Controlado.	
<u>Resultados obtidos</u>	Verifica-se uma reduzida melhoria da sintomatologia ansiosa entre as avaliações T0 e T1 e T2 e T3 no GI (T0= 43.76; T1= 43.88; T2 =40.88; T3= 42.53). Relativamente ao empoderamento, score total, verifica-se uma melhoria progressiva no GI entre as três primeiras avaliações e um decréscimo na última avaliação (T0= 121.94; T1= 125.58; T2 =126.88; T3= 123.66). Por sua vez, na dimensão de autogestão ocorre uma melhoria entre as quatro avaliações, sendo esta mais significativa no GI (GI: T0= 15.22; T1= 15.48; T2 =16.15; T3= 16.20; e GC: T0= 15.53; T1= 15.72; T2 =15.48; T3= 16.03).	
<u>Estudo 3</u>	<p>Barbic, S. P., Chan, N., Rangi, A., Bradley, J., Pattison, R., Brockmeyer, K., Leznoff, S., Smolski, Y., Toor, G., Bray, B., Leon, A., Jenkins, M., & Mathias, S.</p> <p>“Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting.”</p> <p><u>Objetivo do estudo</u>: compreender a perceção dos utilizadores do serviço e dos profissionais de saúde sobre o uso de salas de modulação sensorial em serviços de internamento de psiquiatria de agudos.</p> <p>Canadá, 2019; Artigo. Estudo qualitativo, descritivo.</p>	<p><u>Contexto</u>: n=19; 9 profissionais de saúde e 10 utilizadores (diagnóstico de Perturbação Bipolar, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Depressiva, Perturbação Esquizoafetiva e Esquizofrenia) em contexto de internamento hospitalar;</p> <p><u>Profissionais de Saúde</u>: 55% enfermeiro(a)s, 55% do sexo feminino, 41 anos de média de idade.</p> <p><u>Utentes</u>: 70% do sexo masculino, 43 anos de média de idade.</p>
<u>Resultados obtidos</u>	Os utilizadores utilizavam as salas de modulação sensorial para capacitação, regulação emocional e aquisição de estratégias de autogestão e controlo. Após utilização referiam maior empoderamento, autoeficácia e redução dos níveis de ansiedade. Os profissionais de saúde promoviam a utilização da sala para capacitação dos utilizadores com capacidades a utilizar no pós-alta.	

A RIL resultou em três estudos, sendo dois publicados em países europeus (Portugal e Países Baixos) e um no Canadá. Os dois artigos europeus são estudos clínicos controlados randomizados e o restante um estudo qualitativo descritivo. A amostra variou entre 19 e 141 pessoas, totalizando 220 pessoas.

Os resultados sugerem que intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), as salas de modulação sensorial e as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem são úteis para a aquisição de competências para o autocontrolo da ansiedade em adultos com perturbações mentais (Barbic *et al.*, 2019; Sampaio *et al.*, 2018; Zoun *et al.*, 2019).

DISCUSSÃO

As estratégias cognitivo-comportamentais auxiliam no empoderamento da pessoa, nomeadamente no que diz respeito à autogestão e na melhoria da sintomatologia ansiosa (Zoun *et al.*, 2019). A eficácia das referidas estratégias foi testada por Zoun *et al.* (2019) através da implementação de uma intervenção baseada na TCC em pessoas com Perturbação da Ansiedade e Depressiva resistentes ao tratamento. Estes anteriormente já teriam recebido, no mínimo, 2 anos de cuidados de saúde mental, 1 tratamento psicológico e 3 etapas de medicação, sem melhoria na doença. Pessoas em situação de cronicidade estão sujeitas a sofrimento mais intenso, maior risco de suicídio e diminuição do funcionamento social (Zoun *et al.*, 2019).

O referido estudo pretendia, então, avaliar a eficácia do treino de reabilitação e autogestão para o referido grupo, com efeitos na qualidade de vida, gravidade dos sintomas e empoderamento. Após 18 meses de intervenção foi verificado que no grupo de intervenção houve uma melhoria significativa no domínio da autogestão relativa ao empoderamento. A melhoria da sintomatologia foi reduzida, mas tendo em consideração a cronicidade da doença e a inexistência de resultados positivos em tratamentos anteriores, pode ser apreciado como um ganho para a pessoa (Zoun *et al.*, 2019). O aumento de autogestão demonstra que, após a intervenção, o grupo de intervenção está mais capacitado para gerir e autocontrolar a sua doença. A intervenção estudada foi fornecida por um enfermeiro especialista em Psiquiatria

Comunitária. Tal pode demonstrar a eficácia de uma intervenção baseada em técnicas cognitivo-comportamentais realizada por EEESMP.

Os benefícios desta terapia alcançam outras patologias psiquiátricas, como a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, onde este é o tratamento recomendado (Lovell *et al.*, 2017). Também em pessoas sem perturbação mental, a TCC tem efeitos positivos, auxiliando na regulação emocional, aumentando o bem-estar emocional e valorização (Pavani *et al.*, 2020).

Outra estratégia com resultados positivos em pessoas com Perturbação da Ansiedade, Perturbação Depressiva, Perturbação Bipolar, Perturbação Esquizoafetiva e Esquizofrenia é a utilização de salas de modulação sensorial. Os utilizadores procuravam a experiência com o objetivo de regular as emoções sentidas no momento e relataram uma redução dos níveis de ansiedade no momento da utilização. Estes também pretendiam a aquisição de estratégias de autogestão e controlo e respetiva capacitação. A utilização da sala era promovida pelos profissionais de saúde, uma vez que com a aquisição de tais competências, capacitavam e preparavam o doente para o momento pós-alta (Barbic *et al.*, 2019). A capacitação do utente permite que, caso este volte a vivenciar situações semelhantes no futuro, consiga gerir e autocontrolar as suas emoções, nomeadamente ansiedade, de forma eficaz e eficiente.

Por fim, em Portugal está demonstrado que a IPE reduz o nível de ansiedade, bem como aumenta o autocontrolo desta (Sampaio *et al.*, 2018). Este estudo abrangeu pessoas com perturbações mentais e diagnóstico de Enfermagem: ansiedade. A IPE é realizada por EEESMP e está preconizada no Regulamento de Competências Específicas EEESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Esta tem como base um ou mais teóricos da Psicoterapia e engloba, por exemplo: aconselhamento, apoio à tomada de decisão, assistência no controlo da raiva, controlo do humor, história de vida, intervenção em crise, melhoria da autoestima, melhoria do *coping*, modificação do comportamento, prevenção do suicídio, redução da ansiedade, redução do stress por mudança, reestruturação cognitiva e terapia de relaxamento, entre outros (Sampaio *et al.*, 2018).

Importa salientar que em Portugal o EEESMP não possui competência para realizar TCC. Esta competência apenas é adquirida com a realização de formação adicional nesse sentido.

Como principal limitação para a realização do presente trabalho identifica-se o número reduzido de estudos que abordam o autocontrolo da ansiedade. O critério de inclusão de estudos dos últimos cinco anos, bem como a pesquisa somente em bases de dados restringiram o número de artigos disponíveis, podendo ter excluído artigos relevantes para o tema. O facto de os artigos disponíveis e incluídos abordarem o autocontrolo da ansiedade maioritariamente em patologias de ansiedade e depressão limita a aplicabilidade dos resultados nas restantes perturbações mentais. Tais fatores demonstram que é necessária uma maior pesquisa e estudos na área de forma a fundamentar cientificamente as intervenções dos EEESMP.

CONCLUSÃO

Os resultados da RIL permitiram verificar a existência de intervenções ministradas por EEESMP para o autocontrolo da ansiedade. Apesar de em Portugal os EEESMP não realizarem terapia ou psicoterapia, as técnicas cognitivo-comportamentais, comprovadas como eficazes no autocontrolo da ansiedade, podem ser utilizadas nas IPE. De entre as referidas intervenções salientam-se a reestruturação cognitiva, a técnica de relaxamento e a técnica de modificação do comportamento como IPE com base na TCC, que poderiam conduzir à obtenção de benefícios para pessoas adultas com perturbações mentais no autocontrolo da ansiedade.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os resultados obtidos e sua aplicação na prática clínica permitem uniformizar os cuidados de Enfermagem para a capacitação de adultos com perturbações mentais no autocontrolo da ansiedade, adequando a intervenção à pessoa, sempre com vista os ganhos em saúde desta.

Estudos futuros sobre a eficácia das IPE individualmente seriam interessantes, permitindo entender qual a intervenção com melhores resultados clínicos para o autocontrolo da ansiedade em adultos com perturbações mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5-TR* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54441-6_180
- Barbic, S. P., Chan, N., Rangi, A., Bradley, J., Pattison, R., Brockmeyer, K., Leznoff, S., Smolski, Y., Toor, G., Bray, B., Leon, A., Jenkins, M., & Mathias, S. (2019). Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting. *PLoS ONE*, 14(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225238>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder- Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., & Roser, M. (2023). *Mental Health*. Our World In Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA international nursing diagnoses: definitions and classification 2021-2023* (12th ed.). Thieme Medical Publishers, Inc.
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., Arundel, C., Gilbody, S., Gega, L., Hardy, G., Reynolds, S., Barkham, M., Mottram, P., Lidbetter, N., Pedley, R., Molle, J., Peckham, E., Knopp-Hoffer, J., Price, O., ... Roberts, C. (2017). Clinical

- effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of low-intensity interventions in the management of obsessive-compulsive disorder: The Obsessive-Compulsive Treatment Efficacy randomised controlled Trial (OCTET). *Health Technology Assessment*, 21(37), VII–132. <https://doi.org/10.3310/hta21370>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pavani, J.-B., Berna, G., Andreotti, E., Guiller, T., Antoine, P., Dauvier, B., & Congard, A. (2020). *Between-Individual Differences in Baseline Well-Being and Emotion Regulation Strategy Use Moderate the Effect of a Self-Help Cognitive-Behavioral Intervention for Typical Adults Between-Individual Differences in Baseline Wellbeing and Emotion Regulation S.* <https://doi.org/10.1111/aphw.12189>
- Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1114–1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.11.006>

Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., Smit, F., & Spijker, J. (2019). Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2013-y>

2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A prática de cuidados baseada em evidência científica é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade que se traduzam em melhores resultados em saúde e experiências das pessoas recetoras de cuidados (Cardoso *et al.*, 2021). O conceito de PBE desenvolveu-se por volta dos anos 70 do século passado com a valorização do conhecimento científico (Danski *et al.*, 2017) e impulsionou-se na década de 90 do mesmo século alertando para a necessidade dos profissionais de saúde sustentarem as suas decisões clínicas na melhor evidência disponível (Cardoso *et al.*, 2021). Diversos autores consideram que a PBE pode ser definida como a utilização da melhor evidência disponível, o uso da experiência clínica enquanto profissional de saúde e o envolvimento da pessoa recetora de cuidados (Cardoso *et al.*, 2019; Danski *et al.*, 2017).

A PBE é considerada pelo RCCEE como um pressuposto do EE, uma vez que este deve suportar a sua prática clínica em evidência científica, bem como contribuir para a aquisição de novo e atualizado conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Também o RCEEEESMP salienta a importância do EEESMP incorporar na sua prática os conhecimentos provenientes da investigação, desenvolvendo uma PBE direcionada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, bem como de participar em projetos de investigação que promovam conhecimento novo (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Desta forma, e tendo em consideração o acima mencionado, foi delineada uma intervenção fundamentada nos resultados da RIL apresentada no capítulo anterior.

2.1. Descrição da intervenção a implementar

A RIL realizada aponta para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a IPE como sendo úteis para melhorar o autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental. Deste modo, optou-se pela Reestruturação Cognitiva, uma vez que esta é uma técnica que se enquadra no âmbito da TCC e é considerada uma intervenção de ESMP pela NIC e uma IPE pelo MIPE, dado ter por base o fundamento teórico de pelo menos uma escola da Psicoterapia, ser executada por EEESMP e resultar da identificação de um diagnóstico de ESMP (Sampaio *et al.*, 2018).

A Reestruturação Cognitiva é uma intervenção cognitiva que deriva da terapia cognitiva de Beck e da terapia racional emotiva de Ellis (Santos *et al.* in Sequeira & Sampaio, 2020) e pretende desafiar a pessoa a alterar padrões de pensamento distorcidos e a compreender a si mesmo e o que o rodeia de forma mais realista (Butcher *et al.*, 2018). Por estes fatores, considera-se que a intervenção poderá ser útil para responder ao diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida.

A implementação da intervenção apresenta como principal objetivo a avaliação da eficácia da IPE Reestruturação Cognitiva na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental. As participantes apresentavam padrões de pensamento distorcidos e com a intervenção pretendia-se que estas melhorassem o processo de pensamento relativo ao significado que atribuem a eventos de vida. Para tal foi identificada a distorção cognitiva presente em cada participante e o evento que cada considera como precipitante da ansiedade. Assim, a primeira participante generalizava uma situação isolada no seu local de trabalho para o seu desempenho laboral o que despoletava irritabilidade e dificuldade de concentração, tendo sido identificada a distorção cognitiva “generalização”. Na segunda participante foi reconhecida a distorção cognitiva “catastrofização” referente à relação da participante com a filha aquando da sua desinstitucionalização. Por fim, a terceira participante apresentou uma agudização da sua doença mental na fase inicial da implementação da intervenção, pelo que não foi possível explorar as circunstâncias desencadeantes de eventos stressores bem como identificar a distorção cognitiva presente.

2.2. Método

O planeamento da IPE – Quadro 4 – foi elaborado consoante o MIPE desenvolvido por Sampaio *et al.* (2018). Este preconiza que a intervenção deverá ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, a pessoa deverá assumir um papel ativo no processo de cuidar e ocorrer entre 3 e 12 sessões, de acordo com a necessidade identificada, e com duração de 45 a 60 minutos cada. O principal objetivo da intervenção prende-se com a mudança ou diminuição do estado percebido pela pessoa como negativo e é baseada na RT estabelecida e a comunicação interpessoal entre os

intervenientes – enfermeiro e pessoa cuidada. É ainda, e como mencionado acima, realizada por um EEESMP, baseada em um ou mais racionais teóricos da Psicoterapia e decorrente da identificação de um diagnóstico de EEESMP (Sampaio *et al.*, 2018).

Quadro 4 – Planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Reestruturação Cognitiva”

Periodicidade	5 sessões – 2x/semana.
Duração da sessão	45 a 60 minutos.
População-alvo	Pessoa com diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida.
Objetivo	Melhorar o processo de pensamento no que concerne ao significado atribuído aos eventos de vida.
Dinamizador	Enf ^a . Ana Sofia Teixeira.
Critérios de avaliação inicial e final	<u>Critérios de avaliação inicial:</u> Mini Exame do Estado Mental (MEEM), STAI e resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade". <u>Critérios de avaliação final:</u> STAI e resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade".
Critérios de inclusão e exclusão	<u>Critérios de inclusão:</u> idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnósticos de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida. <u>Critérios de exclusão:</u> adultos com défice cognitivo grave; estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados (Sampaio <i>et al.</i> , 2018); agudização da doença mental (Drake <i>et al.</i> , 2020) e perturbação antissocial da personalidade (Gautam <i>et al.</i> , 2020; Newman <i>et al.</i> , 1997).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, avaliação inicial, MEEM, STAI e resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade".

Previamente ao início da intervenção ocorreu uma sessão (Sessão 0) para realização de entrevista clínica cujo objetivo *major* é a recolha de dados clínicos e a validação da ausência dos critérios de exclusão e cumprimento dos critérios de inclusão. Os dados a recolher na entrevista clínica prendem-se com as características sociodemográficas, história de doença atual e acontecimentos precipitantes, estratégias de *coping* atuais e anteriores, história da doença mental, história desenvolvimental, história médica e história familiar, social, educacional e vocacional. Os dados sociodemográficos

recolhidos serão utilizados unicamente para caracterização da amostra, sendo assegurado o anonimato de cada pessoa.

Para verificação de presença de défice cognitivo recorreu-se ao MEEM (Anexo I), traduzido e validado para a população portuguesa por Guerreiro *et al.* (1994), que identifica a presença de défice cognitivo de acordo com o ano de escolaridade. Assim, e segundo os pontos de corte definidos por Morgado *et al.* (2009) para a população portuguesa, para uma escolaridade de entre 0 e 2 anos o ponto de corte é o *score* de 22, entre 3 a 6 anos de escolaridade um *score* de 24 e um *score* de 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos, numa cotação máxima de 30 pontos. Dado que o referido instrumento de avaliação apenas verifica a presença de défice cognitivo e o critério de exclusão definido especifica pessoas com défice cognitivo grave, recorreu-se à categorização proposta por Tombaugh e McIntyre (1992) que diferencia a gravidade do défice cognitivo. Assim, um *score* entre 24 e 30 corresponde à ausência de défice cognitivo, *score* entre 18-23 diz respeito a défice cognitivo ligeiro e défice cognitivo grave verifica-se quando o *score* varia entre 0 e 17 pontos. De salientar que as pessoas intervencionadas apresentavam um *score* superior a 17 pontos pelo que nenhuma participante foi excluída pela presença de défice cognitivo grave.

Por sua vez, de forma a validar a presença do diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida, foram utilizados dois instrumentos de avaliação, ambos traduzidos e validados para Portugal, que permitiram avaliar a presença de ansiedade e a automonitorização e gestão da ansiedade. O primeiro diz respeito ao STAI (formas Y-1 e Y-2) (Anexo II) e foi traduzido para Portugal por McIntyre e McIntyre em 1995 – autorização para a sua utilização em anexo (Anexo III). Este instrumento é composto por duas formas que avaliam a ansiedade no momento atual (Y-1) – ansiedade estado – e uma outra (Y-2) que avalia a ansiedade geralmente, na maior parte do tempo – ansiedade traço. Ambas as formas apresentam 20 itens sendo que a sua cotação varia entre 10 e 40, cada item é cotado de 1 a 4, e quanto maior o *score* final maior é o nível de ansiedade.

O outro instrumento de avaliação corresponde ao resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Anexo IV) , traduzido e validado para Portugal por Sampaio *et al.* (2017) – autorização para a sua utilização em anexo (Anexo V). Este avalia a automonitorização

da ansiedade nos cinco primeiros itens sendo os restantes (6 a 9) correspondente à gestão da ansiedade. A sua cotação final varia entre 9 e 45, sendo que cada item é cotado de 1 (“Nunca demonstrado”) a 5 (“Consistentemente demonstrado”) e quanto maior *score* obtido maior autocontrolo da ansiedade demonstrado.

Optou-se pela utilização de dois instrumentos de avaliação dado que o resultado NOC é o instrumento preconizado pelo MIPE como instrumento de avaliação, no entanto, este é preenchido pelo enfermeiro e considerou-se relevante complementar a avaliação com um segundo instrumento, sem interferência do enfermeiro no seu preenchimento, de autoavaliação e autorrelato. Estudos recentes demonstram que este, autorrelato, é considerado a componente subjetiva da experiência e deve desempenhar um papel significativo na análise clínica, juntamente com as restantes manifestações, uma vez que as emoções, nomeadamente a ansiedade, são experiências subjetivas (Taschereau-Dumouchel *et al.*, 2022).

Por fim, após explicação da intervenção a implementar e esclarecidas as dúvidas da pessoa, obteve-se o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice IX) e estabeleceu-se o contrato terapêutico de forma verbal.

O planeamento das restantes sessões baseou-se em diferentes autores (Allsop & Saunders *in* Miller & Rollnick, 1991; Beck, 1979; Beck, 2021; Butcher *et al.*, 2018; Hersen, 2005; McKay *et al.*, 1981; Mohr *in* Mohr, 2006; Pender, 1996; Scandrett-Hibdon *in* Bukechek & McCloskey, 1992) e está explanada nos Quadros 5 a 11. Na fase inicial, após os cumprimentos iniciais, questionou-se a pessoa se haveria algum tema que considerasse importante e que ainda não tivesse referenciado e apresentaram-se os objetivos da sessão. Por sua vez, no final de cada sessão esclareceram-se as dúvidas existentes, solicitou-se o feedback da sessão e lembrou-se o agendamento da sessão seguinte, terminando com os cumprimentos finais. Na sessão de *follow-up* aplicar-se-iam os instrumentos de avaliação – forma Y-1 do STAI e resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” – para comparação com os resultados obtidos na sessão 0 e posterior análise dos mesmos.

Importa salientar que o planeamento das sessões ocorreu de forma a uniformizar e orientar a prática de cuidados. No entanto este poderá ser ajustado consoante as necessidades e características individuais de cada participante.

Quadro 5 – Desenvolvimento da sessão 0

Objetivo: Estabelecer relação terapêutica; realizar avaliação inicial; verificar presença de critérios de inclusão e exclusão; aplicar instrumentos de avaliação.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	<p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Estabelecer relação terapêutica;</p> <p>Clarificar motivo da intervenção;</p> <p>Explicar o objetivo da sessão.</p>	<p>Realizar avaliação inicial (caraterísticas sociodemográficas, história de doença atual e acontecimentos precipitantes, estratégias de coping atuais e anteriores, história da doença mental, história desenvolvimental, história médica e história familiar, social, educacional e vocacional);</p> <p>Solicitar à pessoa para descrever o seu dia habitual (avaliar variações de humor, interações com família, amigos e colegas de trabalho, funcionalidade em casa e no trabalho e ocupação dos tempos livres);</p> <p>Questionar se existe algo mais que possa ser importante partilhar;</p> <p>Avaliar capacidade cognitiva através do MEEM e aplicar STAI e resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade";</p> <p>Apresentar as primeiras impressões face aos dados recolhidos e proposta de diagnóstico de Enfermagem;</p> <p>Definir os objetivos iniciais da intervenção;</p> <p>Estabelecer o contrato terapêutico (verbal) para o desenvolvimento das sessões.</p>	<p>Apresentar o número de sessões expectável, combinar periodicidade e funcionamento da sessão;</p> <p>Agendar próxima sessão;</p> <p>Cumprimentos finais.</p>
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, avaliação inicial, STAI, resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade" e MEEM.		

Quadro 6 – Desenvolvimento da sessão 1

Objetivo: Apresentar diagnóstico de Enfermagem; explorar sentimentos e emoções.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Apresentar objetivo da sessão.	Apresentar fundamento teórico que suporta a intervenção; Avaliar humor; Questionar a pessoa se há algum problema que não tenha mencionado na sessão anterior que considere importante para a sessão; Incentivar a verbalização de experiências positivas ocorridas desde última sessão; Apresentar o diagnóstico de Enfermagem e discutir com a pessoa; Clarificar os papéis a assumir pelo enfermeiro e pessoa; Identificar problemas específicos da pessoa e ajudar a transformar em objetivos a trabalhar ao longo das sessões; Auxiliar na compreensão de que o pensamento afeta as reações (comportamentos) - explicar esquema de interação pensamento – emoção – comportamento; <u>Solicitar trabalho de casa:</u> Registrar sinais e sintomas associados a eventos precipitantes.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita e diagrama cognitivo.		

Quadro 7 – Desenvolvimento da sessão 2

Objetivo: Explorar sinais e sintomas da ansiedade; explicar mecanismo do pensamento automático.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Questionar se há algum tema que a pessoa não tenha referenciado e que considere importante; Apresentar objetivo da sessão.	<p>Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado;</p> <p>Analisar com a pessoa os sinais e sintomas comuns da ansiedade através da exploração do resultado NOC “Nível da Ansiedade”;</p> <p>Assistir na identificação de situações precipitantes de ansiedade;</p> <p>Explicar que autoverbalizações medeiam as emoções;</p> <p>Assistir a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais;</p> <p>Assistir na identificação de distorções cognitivas;</p> <p><u>Solicitar trabalho de casa:</u> Identificação e registo da situação, pensamento automático e a emoção associada.</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> da sessão;</p> <p>Relembrar agendamento da próxima sessão;</p> <p>Cumprimentos finais.</p>
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, resultado NOC “Nível da Ansiedade”, diagrama cognitivo e material de apoio de distorções cognitivas.		

Quadro 8 – Desenvolvimento da sessão 3

Objetivo: Promover a análise e reflexão sobre crenças e interpretações erróneas.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Apresentar objetivo da sessão.	<p>Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado; Assistir na identificação de emoções negativas que sente; Assistir na identificação de stressores que possam contribuir para o seu estado emocional; Assistir na identificação de potenciais interpretações erróneas relativamente aos stressores identificados; Assistir na identificação e reconhecimento da irracionalidade de algumas das suas crenças em relação à realidade concreta; Assistir e incentivar à substituição de interpretações erróneas por interpretações baseadas na realidade concreta relativamente a situações negativas;</p> <p><u>Solicitar trabalho de casa:</u> Identificação e registo da situação, pensamento automático e emoção associada e resposta adaptativa à situação e resultado obtido.</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.</p>
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

Quadro 9 – Desenvolvimento da sessão 4

Objetivo: Treinar a identificação de pensamentos alternativos e ações a implementar.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Apresentar objetivo da sessão.	<p>Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmações/colocar questões que desafiem a percepção / comportamento da pessoa (balança entre prós e contras); - Realizar afirmações que apresentem formas alternativas de encarar a situação; <p>Assistir na identificação do sistema de crenças que potencialmente está a afetar a sua saúde mental;</p> <p>Incentivar a autoverbalizações positivas a fim de melhorar o seu autoconceito;</p> <p>Preparar para o término da relação terapêutica;</p> <p><u>Solicitar trabalho de casa:</u> Continuação da identificação e registo da situação, pensamento automático e emoção resultantes e resposta adaptativa à situação e resultado obtido.</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> da sessão;</p> <p>Relembrar agendamento da próxima sessão;</p> <p>Cumprimentos finais.</p>
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

Quadro 10 – Desenvolvimento da sessão 5

Objetivo: Refletir sobre as competências adquiridas; elaborar um plano de ação para situações futuras.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Apresentar objetivo da sessão.	Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado; Assistir na revisão de competências cognitivas desenvolvidas; Assistir na identificação de potenciais stressores e sintomas, reforçando as estratégias desenvolvidas ao longo das sessões e situações em que deve solicitar ajuda por parte do EEESMP; Preparar para a inevitabilidade das dificuldades que poderão surgir – enfatizar a aquisição de ferramentas para as enfrentar; Discutir os progressos ao longo das sessões e elogiar e enfatizar o papel da pessoa nas mudanças positivas; Propor a autoavaliação diária do humor e o uso de estratégias de resolução de problemas;	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Agendar sessão <i>follow-up</i> ; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras.		

Quadro 11 – Desenvolvimento da sessão de *Follow-up*

Objetivo: Avaliar intervenção e monitorizar nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (30 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Apresentar objetivo da sessão.	Analisar com a pessoa a sua autogestão de sintomas e stressores; Rever as estratégias trabalhadas no decorrer das sessões; Analisar questões/preocupações surgidas após sessão anterior; Demonstrar disponibilidade, de forma a reduzir/resolver potenciais preocupações em relação ao final da intervenção; Rever os objetivos da intervenção e ganhos associados; Aplicar STAI e resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade" – comparar com resultado inicial. Solicitar <i>feedback</i> da intervenção;	Esclarecimento de dúvidas; Saudações finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, STAI e resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade".		

2.3. Resultados

A IPE Reestruturação Cognitiva foi implementada no decorrer dos estágios de natureza profissional em contexto da comunidade e reabilitação psicossocial a três participantes. A totalidade dos participantes eram do sexo feminino e apresentavam perturbação mental. A média de idades era de 36 anos de idade com desvio padrão de 7,21. Em relação às habilitações literárias e situação laboral, as três participantes (100%) detinham o 12^a ano de escolaridade, sendo que apenas uma (33,33%) se encontrava empregada. Por fim, relativamente ao estado civil e núcleo familiar, duas participantes (66,67%) eram casadas e tinham filhos menores de idade a seu cargo.

Como referido acima, nenhuma participante apresentou défice cognitivo grave através da aplicação do MEEM, pelo que não houve excluídos por este critério. Os dados obtidos na primeira avaliação, aquando da sessão 0, relativos aos instrumentos de avaliação STAI, formas Y-1 e Y-2, e resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” encontram-se no Quadro 12.

Quadro 12 – Resultados STAI e resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”

Instrumentos de avaliação	Média 1^a avaliação	Desvio-padrão 1^a avaliação
STAI forma Y-1	49,33	5,03
STAI forma Y-2	55,00	6,24
Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”	20,33	5,03

Não foi concluída nenhuma das três intervenções implementadas pelo que apenas foi possível aferir os resultados da primeira avaliação. No contexto de reabilitação psicossocial, as participantes apresentaram uma agudização da doença mental que, tal como definido no quadro 4, é um critério de exclusão para a IPE. Por sua vez, na intervenção implementada no contexto de comunidade, a participante não compareceu à sessão 3 na data agendada, tendo comparecido no seu reagendamento. No entanto, esta não compareceu por mais duas situações, o que comprometeu o reagendamento das sessões no decorrer do período de estágio. Neste sentido, assumiu-se como desistência da participante. Por estes dois fatores, desistência e agudização da doença mental, não foi possível concluir as intervenções e obter os dados da segunda aplicação dos instrumentos de avaliação.

2.4. Discussão

A comparação dos resultados obtidos nas duas avaliações propostas, inicial e final, para análise da ação do EEESMP na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental não foi possível. Como tal, considerou-se importante refletir acerca dos fatores conducentes à não adesão do tratamento e agudização da doença mental.

Em relação à adesão ao tratamento, a Organização Mundial de Saúde (2003) defende que esta engloba inúmeros comportamentos relacionados à saúde que vão além do cumprimento do regime medicamentoso. Assim, adesão terapêutica é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa – por exemplo seguir uma dieta, cumprir a medicação e alterar estilos de vida – corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2003).

As manifestações de uma provável não adesão ao tratamento podem ser detetadas numa fase precoce da intervenção, salientando que estas são de maior dificuldade de deteção comparativamente com as de não adesão medicamentosa. As manifestações prendem-se, assim, com a falha no início do tratamento, a interrupção prematura do tratamento, a falta a consultas clínicas, a adesão incompleta às instruções ministradas, bem como a recusa de hospitalização (Moosa *et al.*, 2007).

Dado que na literatura não foram encontrados estudos que abordem a adesão / não adesão à IPE, optou-se pela pesquisa por “Tratamento”, “Psicoterapia” e “TCC”, uma vez que a IPE implementada se enquadra no âmbito da TCC. A alteração para estes termos, TCC e Psicoterapia, ampliaria o número de estudos disponíveis uma que são utilizados internacionalmente.

Assim, foi possível averiguar que os fatores associados à não adesão estão relacionados com quatro fatores: tratamento, pessoa, cuidados de saúde e circunstâncias socioeconómicas. Os primeiros, tratamento, prendem-se com a sua aceitação e duração, as falhas terapêuticas anteriores, a polifarmacologia, as mudanças frequentes do tratamento e a local do tratamento (contexto hospitalar ou ambulatório). Por sua vez, os fatores relacionados com a pessoa recetora de cuidados são referentes à idade, sexo, *status* social, nível socioeconómico e de escolaridade, crenças relativas à doença, receio de estigmatização, falta de motivação e ausência de *insight*. Já em relação aos

fatores relacionados com os cuidados de saúde destacam-se a RT entre pessoa e profissional de saúde, serviços pouco desenvolvidos, tempo de espera entre primeiro contacto e primeira consulta e sobrecarga dos profissionais de saúde. Por fim, as circunstâncias socioeconómicas estão relacionadas com o nível de educação, acesso aos locais prestadores de cuidados, estigma e condições de vida precárias (Moosa *et al.*, 2007).

Alguns fatores apresentados acima são corroborados por Acosta *et al.* (2019) que menciona que a não adesão à psicoterapia é influenciada pelo uso ou abuso de substâncias, pela empregabilidade, pela fraca perceção da Psicoterapia, a idade jovem e a não adesão ao regime farmacológico. Para além dos fatores desencadeantes de não adesão, o estudo aborda os motivos relatados pelos participantes para o abandono do tratamento, que se prendem com as dificuldades de acesso, problemas financeiros ou de trabalho. Os autores defendem que a falta de adesão é um fenómeno frequente e que, além das consequências clínicas e custos para o sistema de saúde, afetam os profissionais de saúde, na medida em que gera sentimentos de desmoralização, fracasso e rejeição.

Especificando a falta de adesão do tratamento na ansiedade, um estudo de Taylor *et al.* (2012), aborda os fatores de não adesão à TCC na pessoa com Perturbação da Ansiedade. Os autores defendem que a motivação para o tratamento e a prontidão para a mudança são fatores fulcrais para a adesão e sucesso da intervenção, sendo que a ausência destes contribuem para a não adesão. Aliado a estes fatores encontram-se a baixa crença no tratamento, a fraca RT, bem como, as preferências da pessoa por tratamentos alternativos. Os autores referem ainda como fatores de não adesão a duração do tratamento e as barreiras práticas para a frequência das sessões, como deslocações ao local de cuidados e gestão familiar.

Relacionando os fatores desencadeantes e manifestações da não adesão ao tratamento enunciados pela literatura com os apresentados pela participante que não concluiu a intervenção por este motivo, pode considerar-se a presença de fatores como a idade jovem (<40 anos), o estar empregada e a gestão da dinâmica familiar. Por outro lado, fatores como a duração do tratamento (cerca de 1 mês) e acesso ao local do tratamento (UCC), a alta escolaridade (12^o ano), o tempo de espera entre primeiro contacto e

primeira consulta (cerca de uma semana), a ausência de uso de substâncias e a adesão ao regime medicamentoso não evidenciavam a não adesão e desistência do tratamento. A RT estabelecida pode ter-se apresentado como um fator significativo para a desistência da participante, no entanto não foi possível averiguar junta da pessoa se tal motivou a não adesão ao tratamento.

De forma a conter os fatores empregabilidade e gestão familiar, o agendamento das sessões ocorreu, sempre que possível, de acordo com o horário laboral e as dinâmicas familiares da participante. Quando tal não era possível forneceu-se uma justificação de presença, de forma que a participante não fosse prejudicada junto da entidade empregadora. De salientar que no decorrer da intervenção foram verificadas manifestações de não adesão, nomeadamente o não comparecimento a sessões agendadas – procedendo-se à sua remarcação – e a não adesão às instruções fornecidas como a não realização dos trabalhos de casa solicitados.

Por fim, a existência de agudizações da doença mental nas participantes em contexto de internamento de médio / longo prazo demonstra a importância do contexto em que a intervenção é implementada. Apesar do contexto, reabilitação psicossocial, não se apresentar como internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda da doença, os utentes mantêm a necessidade de cuidados de saúde mental em regime de internamento pela instabilidade clínica.

2.5. Conclusões

O sucesso da implementação de uma IPE depende, em grande parte, de fatores atribuíveis à pessoa, ao tratamento e serviços de saúde, bem como a fatores relacionados com a patologia mental e sua instabilidade clínica. No entanto, o profissional de saúde pode assumir um papel importante na adesão da pessoa ao tratamento, nomeadamente no estabelecimento da RT e eliminação de crenças face ao tratamento.

Para situações futuras, deverão ser avaliadas a motivação e prontidão para a mudança previamente à implementação da intervenção, dado estes serem considerados fatores fulcrais para a adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

A competência só surge quando colocada em prática. Para tal, considera-se fundamental a componente prática do Mestrado em ESMP, uma vez que permite a consolidação e operacionalização dos conteúdos lecionados na componente teórica, bem como a consecução dos objetivos propostos. A componente prática permite, ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais através do contacto com a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Tal possibilitou o desenvolvimento enquanto pessoa e profissional.

No que diz respeito aos objetivos propostos, na Introdução foram definidos os dois principais objetivos pretendidos com a redação do presente relatório. O primeiro prendia-se com a descrição do percurso desenvolvido no decurso dos estágios de natureza profissional nos contextos de internamento, comunidade e reabilitação psicossocial, em relação ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP. Por sua vez, com o segundo objetivo tencionava-se analisar a ação do EEESMP na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental através da implementação de um IPE.

Em relação ao primeiro objetivo, recorreu-se à descrição das atividades desenvolvidas, bem como à análise crítico-reflexiva da sua execução, de forma a demonstrar o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas definidas pelos RCCEE e RCEEEESMP. A prática de cuidados nos distintos contextos onde decorreram os estágios de natureza profissional permitiram, para além do desenvolvimento de competências, a perceção do papel desempenhado pelo EEESMP de acordo com o contexto da prática clínica e as características da sua população-alvo de cuidados de ESMP.

No que diz respeito ao segundo objetivo, para a sua concretização, e de forma a averiguar quais as intervenções do EEESMP na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental, iniciou-se pela elaboração de uma RIL que aponta para a TCC e a IPE como úteis no autocontrolo da ansiedade. Após os resultados obtidos planeou-se uma IPE enquadrada no âmbito da TCC, a Reestruturação Cognitiva, e implementou-se a mesma nos estágios de natureza profissional nos contextos da comunidade e reabilitação psicossocial. No entanto, por

fatores distintos – não adesão ao tratamento e agudização da doença mental –, não foi possível a conclusão da sua implementação e, conseqüentemente, a análise da ação do EEESMP na promoção do autocontrolo da ansiedade na pessoa adulta com perturbação mental.

Para a consecução dos objetivos considera-se ter sido essencial a análise crítico-reflexiva no decurso do presente relatório de atividades, bem como os recursos utilizados, nomeadamente pesquisa bibliográfica disponível em motores de busca, repositórios e bibliotecas, que auxiliaram na sustentação do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T., Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., Fonseca, M., & Doellinger, O. (2017). The impact of creating an inpatient team in an acute psychiatric ward. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(2), 33–42. <https://doi.org/10.25752/psi.13263>
- Acosta, F. J., Ramallo-Fariña, Y., Ruiz, L., Gómez, S., Hernández, A., Quesada, I., Lastra, C., & Calviño, M. J. (2019). Prospective study of variables associated with nonadherence to psychotherapy. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581346>
- Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>
- Allsop, S., & Saunders, B. (1991). Reinforcing robust resolutions: Motivation in relapse prevention with severely dependent problem drinkers. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 236–247). The Guilford Press.
- Almeida, M. C. P. de, Mishima, S. M., Pereira, M. J. B., Palha, P. F., Villa, T. C. S., Fortuna, C. M., & Matumoto, S. (2009). Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 748–752. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500017>
- Amaral, A. C. (2020). Observação e avaliação inicial em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 84–86). Lidel- Edições Temáticas, Lda.
- Amaral, R. I., Weston, F. C. L., Hirakata, V. N., Paz, A. A., & Wesner, A. C. (2022). Effectiveness and efficacy of therapeutic interventions performed by nurses for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(4). <https://doi.org/10.1177/10783903211068105>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5-TR* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

https://doi.org/10.1007/978-3-030-54441-6_180

- Arabacı, L. B., & Taş, G. (2019). Effect of using Peplau's interpersonal relation nursing model in the care of a juvenile delinquent. *Journal of Psychiatric Nursing*, *10*(3), 218–226. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.54366>
- Barbic, S. P., Chan, N., Rangi, A., Bradley, J., Pattison, R., Brockmeyer, K., Leznoff, S., Smolski, Y., Toor, G., Bray, B., Leon, A., Jenkins, M., & Mathias, S. (2019). Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting. *PLoS ONE*, *14*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225238>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3^a ed.). The Guilford Press.
- 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 Referencia*, *4*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification* (7^a ed.). Elsevier.
- Campos, C. (2017). A Comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, *15*(1), 91–101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Cardoso, D. F. B., Coelho, A. R. N., Louçano, C. C., Parola, V. S. O., Rodrigues, M. A., Fineout-Overholt, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portuguesas. *Revista de Enfermagem Referencia*, *4*(23), 141–157. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV19058>
- Cardoso, D. F. B., Santos, D. G. S. M., Rodrigues, J. F. C., Bento, N., Rodrigues, R. M. C., & Cardoso, A. F. R. M. (2021). Promoting evidence-based practice: training health professionals for the evidence synthesis. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021->

0180

- Coelho, J., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020). *Relação de ajuda: Manual de operacionalização da intervenção de enfermagem* (A Sociedad).
- Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 202–210). Lidel-Edições Temáticas, Lda.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem-Versão 2015*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Browser CIPE*.
<https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2019). *Parecer sobre tratamento compulsivo e direitos das pessoas com doença mental*.
https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/105-cneqv-2019?download_document=3242&token=26e4b988e18663a5071e61eb61bd1cc2
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder- Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde Mental. (2002). *Propostas e recomendações*.
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/conselho-nacional-de-saude-mental-propostas-pdf.aspx>
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2).
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., & Roser, M. (2023). *Mental Health*. Our World In Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Diário da República: I série, n.º 38.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Despacho n.º 5988/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n.º 116. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/116000000/1709417101.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Drake, K., Keeton, C. P., & Ginsburg, G. S. (2020). *Cognitive behavioral therapy (CBT)*. John Hopkins Medicine. https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787145/all/Cognitive_Behavioral_Therapy__CBT_
- Fernandes, S., & Anastácio, Z. C. (2022). Perfil de competência emocional dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 127–136. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n2.v1.2450>
- Gaspar, E. M. M. (2011). *Consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário* [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8894>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(2), 223–229. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia- a practical treatment guide*. The Guildford Press.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA international nursing diagnoses: definitions and classification 2021-2023* (12th ed.). Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hersen, M. (2005). *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior*

- therapy, volume one.* Sage Publications, Inc.
- Lei n.º 35/2023 Assembleia da República. (2023). Diário da República: I série, n.º 141.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>
- Lenz, T. L. (2013). Drug-Alcohol Interactions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(4), 250–252. <https://doi.org/10.1177/1559827613483956>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., Arundel, C., Gilbody, S., Gega, L., Hardy, G., Reynolds, S., Barkham, M., Mottram, P., Lidbetter, N., Pedley, R., Molle, J., Peckham, E., Knopp-Hoffer, J., Price, O., ... Roberts, C. (2017). Clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of low-intensity interventions in the management of obsessive-compulsive disorder: The Obsessive-Compulsive Treatment Efficacy randomised controlled Trial (OCTET). *Health Technology Assessment*, 21(37), VII–132. <https://doi.org/10.3310/hta21370>
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention.* New Harbinger Publication.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed., pp. 361–380). F. A. Davis Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–65). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>
- Mendes, A. C. (2020). Investigação em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 31–37). Lidel-Edições Temáticas, Lda.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007—2016- Resumo*

- Executivo.* <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf>
- Mohr, W. K. (2006). Neuroscience: Biology and behavior. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6ª ed., pp. 37–54). Lippincott Williams & Wilkins.
- Moosa, M. Y. H., Jeenah, F. Y., & Kazadi, N. (2007). Treatment adherence. *South African Journal of Psychiatry*, 13(2), 40–45. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v13i2.26>
- 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/10.1590/s0103-21002006000200016>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.05.002>
- Newman, J. P., Schmitt, W. A., & Voss, W. D. (1997). The impact of motivationally neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 563–575. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.4.563>
- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Guia de recursos de reabilitação psicossocial para a saúde mental* (1st ed.). <http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Guia-de-Recursos-sobre-%0A«Reabilitação-Psicossocial-para-a-Saúde-Mental»-2009-1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppe ssdoençamentalgrave_ordenferm_ok.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Ontologia de enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. In Direção-Geral da Saúde (Ed.), *The World Health Report*. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. In *World Health Organization*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pavani, J.-B., Berna, G., Andreotti, E., Guiller, T., Antoine, P., Dauvier, B., & Congard, A. (2020). *Between-Individual Differences in Baseline Well-Being and Emotion Regulation Strategy Use Moderate the Effect of a Self-Help Cognitive-Behavioral Intervention for Typical Adults Between-Individual Differences in Baseline Wellbeing and Emotion Regulation S*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12189i>
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Appleton & Lange.
- Peplau, H. E. (1990). Fases de las relaciones enfermera-paciente. In *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* (pp. 15–35). Salvat.
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 18(2), 61–73.

<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.96>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M. de, & Alencar, A. B. de. (2019). Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem Em Foco*, 10(3), 64–69. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.2291>

Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Quarteto.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>

Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1114–1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>

Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2017). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes “anxiety Level” and “anxiety self-control” in a portuguese outpatient sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 0(0). <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>

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

Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Curto, P. M. (2020). Reestruturação cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos*

e intervenções (pp. 186–189). Lidel- Edições Temáticas, Lda.

- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M. dos S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. de C., & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(20), 153–171.
- Scandrett-Hibdon, S. (1992). Cognitive reappraisal. In G. M. Bulechek & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2ª ed., pp. 462–471). WB Saunders Co. https://doi.org/10.20595/jjbf.19.0_3
- Sequeira, C. (2016). Impasses terapêuticos. In C. Sequeira (Ed.), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp. 146–148). Lidel- Edições Temáticas, Lda. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>
- Sequeira, C. (2020). Entrevista clínica. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 90–94). Lidel- Edições Temáticas, Lda.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Classificações e taxonomias. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 24–30). Lidel- Edições Temáticas, Lda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022). *Relatório anual 2021: A situação do país em matéria de álcool*. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/180/RelatorioAnual_2021_ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf
- Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 103–119. <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Sousa, L., Araújo, O., & Silva, M. (2020). Estimulação cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 190–192). Lidel- Edições Temáticas, Lda.

- Taschereau-Dumouchel, V., Michel, M., Lau, H., Hofmann, S. G., & LeDoux, J. E. (2022). Putting the “mental” back in “mental disorders”: a perspective from research on fear and anxiety. *Molecular Psychiatry*, 27(3), 1322–1330. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01395-5>
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
- Teixeira, S. (2022). *Criação de um programa de promoção de saúde mental positiva: MENTIS PLUS+* [Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/675652>
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Progress in Geriatrics*, 40(9), 922–935.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada em evidência* (6ª ed.). Lusociência.
- Ventura, C. A. A., Moraes, V. C. O., & Jorge, M. S. (2013). Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 854–861. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.19746>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.11.006>
- Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., Smit, F., & Spijker, J. (2019). Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2013-y>

ANEXOS

Anexo I – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

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: _____

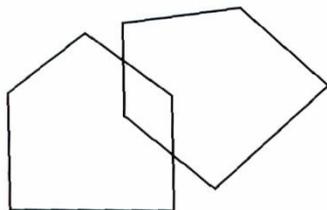
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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): _____

Anexo II – Inventário Estado-Traço da Ansiedade (STAI)

I. QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores
 Traduzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995

Formulário Y-1

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

Formulário Y-2

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
21. Sinto-me bem	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso e inquieto	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	①	②	③	④
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto que sou um fracasso	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado	①	②	③	④
27. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me incomodam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
34. Tomo decisões com facilidade	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Sinto-me contente	①	②	③	④
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	①	②	③	④
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	①	②	③	④

Anexo III – Pedido e autorização para utilização do Inventário Estado-Traço da Ansiedade (STAI)

Para: sáb, 18/02/2023 08:52

Prezada Professora Doutora Teresa McIntyre,

Espero que este e-mail a encontre bem.

O meu nome é Ana Sofia e sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da CESPU. Encontro-me a realizar um projeto de investigação, em contexto de estágio de natureza profissional, acerca do papel do enfermeiro no autocontrolo da ansiedade do adulto com perturbação mental.

Escrevo-lhe o presente e-mail com o propósito de solicitar autorização para a utilização da Escala de Avaliação, na sua versão traduzida e validada para Portugal: Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). Solicito, se possível, o envio da referida escala traduzida.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Sofia Teixeira

 Teresa McIntyre
Para: Você dom, 19/02/2023 21:48

 STAI_adaptacao_1995.docx

Iniciar resposta com:

Cara Dra. Ana Sofia
Junto envio o STAI portugues que autorizo a utilizar nos seus trabalhos de mestrado.
Com os melhores cumprimentos,
Teresa McIntyre

Anexo IV – Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”

Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”

Indicadores	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5	
1. Monitorização da duração dos episódios	1	2	3	4	5	NA
2. Monitorização da duração do tempo entre os episódios	1	2	3	4	5	NA
3. Monitorização das manifestações comportamentais de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
4. Monitorização das manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
5. Monitorização da intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
6. Manutenção das relações sociais	1	2	3	4	5	NA
7. Controlo da reação à ansiedade	1	2	3	4	5	NA
8. Eliminação de precursores da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	1	2	3	4	5	NA

Automonitorização da Ansiedade - Itens 1-5

Gestão da Ansiedade - Itens 6-9

Fonte: Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, T., & Martins, T. (2017). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes “Anxiety level” and “Anxiety self-control” in a Portuguese outpatient sample. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi: 10.1111/2047-3095.12169

Anexo V – Pedido e autorização para utilização do resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”

Para: sáb, 18/02/2023 08:55

Prezado Professor Doutor Francisco Sampaio,

Espero que este e-mail o encontre bem.

O meu nome é Ana Sofia e sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da CESPU. Encontro-me a realizar um projeto de investigação, em contexto de estágio de natureza profissional, acerca do papel do enfermeiro no autocontrolo da ansiedade do adulto com perturbação mental.

Escrevo-lhe o presente e-mail, com o propósito de solicitar autorização para a utilização do resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade", na sua versão traduzida e validada para Portugal. Solicito, se possível, o envio do referido resultado NOC traduzido.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Sofia Teixeira

FS Francisco Sampaio <
Para: Você sáb, 18/02/2023 14:43

 NOC Autocontrolo da Ansied...
49 KB

Estimada Sra. Enfermeira Ana Sofia Teixeira,

Antes de mais, muito agradeço a gentileza do seu contacto.

Autorizo a utilização do Resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade", na sua versão traduzida e validada para Portugal, instrumento que lhe cedo em anexo ao presente e-mail, para utilização no âmbito do Estágio de Natureza Profissional que se encontra a realizar inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Coloco-me igualmente à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida que tenha no que concerne à aplicação e/ou interpretação dos resultados do instrumento.

Com os melhores cumprimentos,
Francisco Sampaio

APÊNDICES

Apêndice I – Guia de Entrevista Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



ENTREVISTA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

Identificação e caracterização

Nome: _____ Idade: _____ Data de
Nascimento: __/__/____ Género _____ Estado Civil: _____ Núcleo
familiar/idades: _____
Pessoa de Referência (parentesco): _____ Contacto: _____
Local de Residência: _____ Tipo de habitação: _____
Nacionalidade: _____ Religião/Etnia: _____
Profissão e Situação laboral: _____
Habilitação literária: _____

História Psiquiátrica

Motivo de observação: _____ Proveniência: _____
Queixa principal: _____ Diagnóstico clínico: _____
Tipologia de encaminhamento: Compulsivo/ Voluntário (Persuadido/Motivado)
História da queixa atual/motivo de observação:
Como surgiu: _____
Duração e desenvolvimento dos sintomas: _____
Funcionalidade: _____
Eventos atuais psicossociais relevantes: _____
Antecedentes Psiquiátricos:
Acompanhamento: _____ Adesão a consultas: Sim Não
Internamentos anteriores (tipologia, duração e tratamento): _____
Medicação habitual: _____
Adesão terapêutica: Sim Não Reações adversas: _____
Injetável de longa duração (nome): _____ Dose: _____
Periodicidade: _____ Data da última administração: __/__/____
Comportamentos de risco: Tentativa de suicídio Ideação-suicida Auto-lesivo
Impulsividade Agressividade
Uso de Substâncias Não Sim Tabaco _____ Álcool _____ Drogas _____
Obs.: _____
Antecedentes de doença psiquiátrica familiar/ rede social: _____

Padrão de sono (horas): ____ Alterações do sono: Privação Hipersónia
Insónia (inicial/intermédia/final) SAOS Narcolepsia Pesadelos
Sonambulismo
Medidas terapêuticas: Não Farmacológicas _____
Farmacológicas _____

História Pessoal

Domínios Gerais de Problemas:

Figuras de referência: _____ Grupo de Pares: _____

Ambiente social: _____ Educacionais: _____

Relações (Duração/Sentimentos):

Pessoas: _____ Instituições: _____

Mecanismos de coping: Internalização Externalização

Elementos Positivos: _____ Elementos

Negativos: _____

Aspetos emocionais: _____

Comportamento: _____

Dinâmica cognitivo-comportamental:

Distorções do Pensamento: _____

Pensamentos automáticos: _____

Eventos de vida marcantes: Pré-Natal: 1ª infância: Infância: Adolescência e

início da idade adulta: Idade adulta:

Obs. _____

Exame do Estado Mental

Aparência: Idade real vs. aparente _____ Vestuário _____ Autocuidado _____

Atitude: Fácies: _____ Contacto ocular: _____

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

Comportamento e atividade psicomotora: Sem alteração

Hipoatividade: Acinésia Hipocinésia Abulia Catalepsia Flacidez Estupor

Hiperatividade: Hipercinésia Inquietação Acatisia Agitação psicomotora

Agressividade Estereotipias Tiques Trémulo

Discurso: Fluxo: Bradilália Taquilália Ecolália Afasia Disfasia

Logorreia Mutismo

Conteúdo: Coprolália Neologismo

Construção: Verbigerção 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: _____
Autocontrolo: _____
Cognição: Score Mini Mental Test: _____ Conclusão: _____
Orientação: Autopsíquica Alopsíquica
Estado de Consciência: Vigil Confuso Obnubilado Estupuroso
Atenção: Distração Captável Conservada
Alt. memória: ___ Anmésia: Imediata Anterógrada Retrógrada Lacunar
 Paramnésia de recordação Paramnésia de reconhecimento Alt. memória
 recente

Avaliação de Riscos

Risco Suicídio Autoagressão Heteroagressão Fuga Abandono Assédio
 Abuso sexual Alt. alimentar Dispositivos médicos (CVP, SNG, Cateter vesical)
 Infecção Obs.: _____

Avaliação dos Sistemas

Antecedentes pessoais: _____
 Alergias: _____
 Uso de próteses Sim Não Qual? _____ A utilizar? _____
 Acuidade visual: _____ Acuidade auditiva: _____
 Dependência no autocuidado: _____
 Sistema respiratório: _____ Sistema gastrointestinal: _____
 Sistema cardiovascular: _____ Sistema endócrino: _____
 Sistema genito-urinário: _____ Sistema sensorio-motor: _____
 Sistema tegumentar: _____

Apêndice II – Projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”



Enf^a. Ana Sofia Teixeira/ Enf^o. António Silva/ Enf^a. Sílvia Barros

Fevereiro, 2023

ÍNDICE

1. DESCRIÇÃO DO PROJETO	2
2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	2
3. DESTINATÁRIOS.....	2
4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PROJETO.....	3
5. RECURSOS NECESSÁRIOS (HUMANOS E MATERIAIS).....	3
6. FUNDAMENTAÇÃO.....	3
7. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E MÉTODOS UTILIZADOS	4
8. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER	7
9. INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ABUSO DO ÁLCOOL	9
10. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	9
11. RESULTADOS ESPERADOS	10
12. PERSPETIVAS FUTURAS DE CONTINUIDADE DO PROJETO	10
13. CONDICIONANTES	10
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

1. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Este projeto designa-se por “CCA” (Consulta de Cessação Alcoólica)”. Foca-se num método de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) através da entrevista motivacional (EM) e da técnica de modificação do comportamento (TMC), no cuidado a pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool, em que se identifique uma necessidade prioritária de intervenção por este método. É dirigido a pessoas assistidas no departamento de psiquiatria do hospital, iniciando-se no internamento após a identificação do domínio e formulação do diagnóstico. A sua continuidade será assegurada em consulta de Enfermagem do departamento.

2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Este tema surgiu a partir de uma necessidade detetada pela equipa de EEESMP da unidade, e prende-se com a necessidade de criar no departamento de Psiquiatria do hospital indicadores sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

3. DESTINATÁRIOS

O presente programa destina-se às pessoas assistidas no departamento com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool.

Constituem critérios de inclusão neste programa:

- a) Presença de perturbação aditiva (abuso do álcool);
- b) Participação voluntária na intervenção.

Constituem critérios de exclusão:

- a) Doença mental severa;
- b) Défice cognitivo grave- avaliar com Mini-Exame do Estado Mental;
- c) Síndrome de abstinência presente;

- d) Estado de descompensação da doença mental grave- avaliar com a Escala de Insight Cognitivo de Beck (traduzida e validada para Portugal por Pinho, L. G., Sampaio, F., Sequeira, C., Martins, T., & Ferré-Grau, C. (2021)).

4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PROJETO

O projeto tem como objetivos a criação de uma consulta de Enfermagem para as pessoas assistidas no departamento com o diagnóstico de Enfermagem supracitado, e a criação no departamento de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de ESMP, tendo por base os indicadores definidos pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2023)

A consulta resultante deste projeto será aplicada durante o período de 12 meses até sua reavaliação. A sua implementação, avaliação e análise dos indicadores serão da responsabilidade dos EEESMP e da Enfermeira Gestora da equipa.

5. RECURSOS NECESSÁRIOS (HUMANOS E MATERIAIS)

Os recursos humanos afetos a este programa referem-se aos EEESMP da equipa de Enfermagem.

Relativamente aos recursos materiais estes incluem: um gabinete; uma secretária; duas cadeiras; um computador para efetuar registos, e a adequação do *SCLínico* no que diz respeito aos parâmetros necessários para a implementação do projeto.

6. FUNDAMENTAÇÃO

A ESMP é uma área especializada, que acrescenta ao exercício da Enfermagem de cuidados gerais uma prática que evidencia um maior e profundo leque de conhecimentos, maior complexidade de competências e multiplicidade de intervenções com consequências na promoção da autonomia da pessoa com doença mental (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

Constituem competências específicas do EEESMP, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, assim como, a identificação dos resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde das pessoas, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Estes indicadores, e de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, de 2015, permitem, além de destacar os cuidados especializados em ESMP, também a avaliação dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEESMP, visando a melhoria da prestação de cuidados de saúde. Constituem ainda uma base quantitativa para os profissionais, organização e gestores (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

De acordo com a mesma fonte, os indicadores encontram-se categorizados como: indicadores epidemiológicos; indicadores de processo; indicadores de resultados; e indicadores de estrutura. Este projeto contempla a criação de indicadores das três primeiras categorias para o diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool.

Neste contexto, e considerando a mudança como um processo que ocorre de forma natural na pessoa sem a intervenção profissional, sabe-se, no entanto, que a pessoa com perturbação aditiva está muitas vezes, já à partida, desencorajada por insucessos de tentativas de mudança anteriores. Nestas situações, a intervenção do enfermeiro é fulcral, como forma de apoiar a pessoa a sustentar a sua ação em motivos reais, e no estabelecimento de uma relação terapêutica favorável à mudança. Neste processo, o respeito e a empatia como competências fundamentais para a relação de ajuda, são considerados condições essenciais.

7. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E MÉTODOS UTILIZADOS

A consulta de Enfermagem de cessação alcoólica terá por base as técnicas de EM e TMC, dependendo do estadio motivacional em que a pessoa se encontre, considerando que, a primeira é aplicável aos estadios de pré-contemplação e

contemplação nas quais se torna necessário ajudar a pessoa a transitar destes para os estadios de preparação e ação (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020), e que nestes dois últimos estadios será mais adequada a aplicação da TMC, por forma a facilitar a adaptação a novos comportamentos.

Para melhor interiorizar os princípios da EM, é necessário, antes de mais, a compreensão do conceito “motivação”. Segundo Barroso *in* Sequeira & Sampaio (2020), “A motivação enquanto razão ou desejo de ação, dá uma direção ao comportamento em função do objetivo que se pretende atingir, ou seja, tem um propósito.” Analisada enquanto processo, a motivação é multidimensional- depende de fatores internos e externos-, é dinâmica e flutuante no tempo, e por esse motivo, é modificável, tornando-se assim, uma chave para a mudança.

Atualmente, a EM é descrita como um estilo de aconselhamento caracterizado por uma atmosfera de interação construtiva, na qual o utilizador, neste caso o EEESMP, utiliza a escuta ativa e a empatia para alcançar o prisma da pessoa, e reduzir a resistência à mudança (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Configuram princípios fundamentais na EM: empatizar; criar discrepância; evitar a argumentação/discussão; lidar com as resistências; e fomentar a autoeficácia.

Já a TMC é uma intervenção mais dirigida à modificação de comportamentos inadequados para comportamentos mais ajustados, tendo por base que os comportamentos podem ser modificados através de técnicas como condicionamento clássico, condicionamento operante, aprendizagem por observação ou processos cognitivos (Sequeira & Sampaio *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Configuram objetivos da TMC a promoção da modificação do comportamento ou a facilitação da adaptação comportamental.

Atentando aos estadios motivacionais atrás mencionados, descrevem-se abaixo as características dos diferentes estadios, descritas no Modelo Transteórico de Mudança desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente em 1982 (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020). As intervenções associadas a cada estadio serão descritas no capítulo seguinte.

7.1. Estadio Pré-contemplação:

- ✓ A pessoa não tem consciência do seu comportamento;
- ✓ Não equaciona a possibilidade de mudança;
- ✓ Racionaliza de forma característica o comportamento;
- ✓ Apenas retém as consequências positivas do comportamento e desvaloriza as negativas.

7.2. Estadio Contemplação- Pessoas mais disponíveis a experiências emocionais:

- ✓ A pessoa tem consciência do seu comportamento;
- ✓ Não está preparado para alterar ou não tem certeza de querer alterar;
- ✓ Há consciencialização para a mudança, mas ainda não há envolvimento;
- ✓ Há ambivalência em relação à mudança.

7.3. Estadio Preparação- janela de oportunidade para a mudança:

- ✓ A pessoa tem consciencialização, está envolvida e tem um plano sobre o início de mudança;
- ✓ Apresenta dúvidas nas estratégias a implementar, mas planeia mentalmente a mudança.

7.4. Estadio Ação- período em que a pessoa tem intenção de mudar o comportamento:

- ✓ A pessoa implementa o processo de mudança e altera o comportamento;
- ✓ A pessoa acredita que tem autonomia em áreas-chave.

7.5. Estadio Manutenção- consolidação da mudança:

- ✓ A pessoa mantém o novo comportamento/ ausência do comportamento nocivo;
- ✓ Implementa um conjunto de estratégias para evitar a recaída.

7.6. Estadio Recaída-inerente a todo o processo de mudança

- ✓ Pode ocorrer em qualquer estadio;
- ✓ Avanços e retrocessos no ciclo de mudança são comuns antes de se solidificarem novos padrões.

8. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

8.1. Estadio Pré-contemplação- **Executar técnica de EM**

- Estabelecimento da relação de confiança;
- Fornecimento de informação pertinente em relação ao comportamento- Sessão de Psicoeducação
- Sensibilização para o problema do comportamento;
- Demonstrar preocupação e disponibilidade.

8.2. Estadio Contemplação- **Executar técnica de EM**

- Assistir na análise de prós e contras da mudança-balança de decisão;
- Promover um desequilíbrio entre os argumentos ambivalentes;
- Reforçar a autoeficácia da pessoa para a mudança comportamental;
- Enfatizar a liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia;
- Sumarizar afirmações automotivadoras.

8.3. Estadio Preparação- **Executar TMC**

- Clarificar os objetivos e estratégias de mudança;
- Negociar um plano de mudança;
- Assistir na identificação de barreiras para a mudança;
- Assistir na procura de redes de suporte;
- Explorar as expectativas da pessoa em relação ao tratamento.

8.4. Estadio Ação- **Executar TMC**

- Rever o plano de ação e avaliar o potencial de eficácia;
- Assistir na análise das estratégias de mudança (aceitáveis, acessíveis e apropriadas);
- Assistir na resolução de problemas associados à implementação do plano de mudança;
- Fornecer suporte à mudança realista através de pequenos passos;
- Assistir na identificação de situações de risco;
- Desenvolver um plano de urgência;
- Manter contacto e mostrar disponibilidade.

8.5. Estadio Manutenção- **Consulta de follow-up**

- Apoiar e reforçar o plano de ação;
- Reforçar as vantagens percebidas da mudança;
- Prevenir recaídas.

8.6. Estadio Recaída- inerente a todo o processo de mudança

- Assistir a pessoa a ultrapassar rapidamente a recaída e reiniciar o processo;
- Assistir na exploração do significado da recaída e apresentá-la como uma oportunidade de aprendizagem;
- Assistir a pessoa na identificação de mecanismos de coping alternativos.

9. INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ABUSO DO ÁLCOOL

9.1. Indicador epidemiológico

- Taxa de prevalência do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas internadas nos últimos 12 meses}} \times 100$$

9.2. Indicador de processo

- Percentagem de pessoas a quem foi executada a técnica de entrevista motivacional

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas a quem foi executada técnica de entrevista motivacional nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}} \times 100$$

9.3. Indicador de resultado

- Taxa de resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}} \times 100$$

10. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto e avaliação dos resultados será realizada pela equipa de EEESMP e Enfermeira Gestora do departamento, após reuniões de equipa para planear a sua implementação, auscultar sugestões dos destinatários e colaboradores e introduzir reformulações, se necessário.

11. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação do Projeto “CCA” prevê-se que no período de 12 meses, até sua reavaliação:

- A técnica de EM tenha sido realizada a 20% das pessoas incluídas no projeto;
- Resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool em 10% das pessoas incluídas no projeto.

12. PERSPETIVAS FUTURAS DE CONTINUIDADE DO PROJETO

Prevê-se que este projeto seja sucessivamente replicado, com as devidas alterações e reformulações, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas, dos profissionais do departamento, organização e gestores.

13. CONDICIONANTES

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Aprovação do projeto pelo Conselho de Administração do hospital;
- Recursos humanos necessários para a implementação do projeto;
- Disponibilização de gabinete com os respetivos recursos materiais necessário;
- Adequação do *SClínico* no que diz respeito aos parâmetros necessários para a implementação do projeto.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, T. (2020) Entrevista motivacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 97-101). Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>

Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122, Série II de 2015-06-25, p. 17034-17041.

Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, n.º151, Série II de 2018-08-07, p. 21427-21430.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020) Modificação do comportamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 193-195). Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Apêndice III – Sessão de formação do Projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”



Planeamento da sessão formativa à equipa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Data, hora e local	21 de fevereiro de 2023; Hora: 10h; Gabinete Médico 2.
Duração	30 a 40 minutos.
População-alvo	Equipa de EEESMP do internamento.
Objetivo geral	Apresentação do projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”.
Dinamizadores	Enf ^ª . Ana Sofia Teixeira, Enf ^º António Silva e Enf ^ª . Sílvia Barros.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras, projetor e computador com apresentação, exemplares impressos do projeto “Consulta de Cessação Alcoólica”.



1. DESCRIÇÃO DO PROJETO-CCA



7

2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Surgiu a partir de uma necessidade detetada pela equipa de EEESMP da unidade

Necessidade de criar no departamento de Psiquiatria do hospital indicadores sensíveis aos cuidados especializados de ESMP.

8

3. DESTINATÁRIOS

- Destina-se a pessoas assistidas no departamento com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool.



9

4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PROJETO

Criação de uma consulta de enfermagem para as pessoas assistidas no departamento com o diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool.

Criação no departamento de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de ESMP tendo por base os indicadores definidos pela Mesa do Cofégio da Especialidade de Enfermagem (de Saúde Mental e Psiquiátrica) (Olivier dos Enfermeiros, 2022).

A consulta resultante deste projeto será aplicada durante o período de 12 meses até sua reavaliação.

A sua implementação, avaliação e análise dos indicadores serão da responsabilidade dos EEESMP e do Enfermeiro Gestor da equipa.

10

5. RECURSOS NECESSÁRIOS



EEESMP de equipa de Enfermagem.



1 gabinete, 1 secretária, 2 cadeiras, 1 computador para efetuar registos, e adequação do SGI/Info no que diz respeito aos parâmetros necessários para implementação do projeto.

11

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER



12

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Pré-contemplação

- A pessoa não tem consciência do seu comportamento;
- Não equaciona a possibilidade de mudança;
- Racionaliza de forma característica o comportamento;
- Apenas vêem as consequências positivas do comportamento e desvaloriza as negativas.

- Estabelecimento da relação de confiança;
- Fornecimento de informação pertinente em relação ao comportamento; Sessão de psicoeducação;
- Sensibilização para o problema do comportamento;
- Demonstrar preocupação e disponibilidade.

13

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Contemplação

- A pessoa tem consciência do seu comportamento;
- Não está preparado para alterar ou não tem certeza de querer alterar;
- Há consciencialização para a mudança, mas ainda não há envolvimento;
- Há ambivalência em relação à mudança.

- Assistir na análise de prós e contras da mudança; balanço de decisão;
- Proporver um desequilíbrio entre os aspetos ambientais;
- Reforçar a autoeficácia da pessoa para a mudança comportamental;
- Enfocar a liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia;
- Sintetizar afirmações autovalorizadoras.

14

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Preparação

- A pessoa tem consciencialização, está envolvida e tem um plano sobre o início de mudança;
- Apresenta dúvidas nas estratégias a implementar, mas planeia mentalmente a mudança.

- Clarificar os objetivos e estratégias de mudança;
- Negociar um plano de mudança;
- Assistir na identificação de barreiras para a mudança;
- Assistir na procura de redes de suporte;
- Explicar as expectativas da pessoa em relação ao tratamento.

15

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Ação

- A pessoa implementa o processo de mudança e altera o comportamento;
- A pessoa acredita que tem autonomia em áreas-chave.

- Rever o plano de ação e avaliar o potencial de eficácia;
- Assistir na análise das estratégias de mudança (cognitivas, sociais e ambientais);
- Assistir na resolução de problemas associados à implementação do plano de mudança;
- Fornecer suporte à mudança realizada através de pequenos passos;
- Assistir na identificação de situações de risco;
- Desenvolver um plano de urgência;
- Manter contacto e mostrar disponibilidade.

16

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Manutenção

- A pessoa mantém o novo comportamento/ ausência do comportamento nocivo;
- Implementa um conjunto de estratégias para evitar a recaída.

- Apoiar e reforçar o plano de ação;
- Reforçar as vantagens percebidas da mudança;
- Prevenir recaídas.

17

6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Estado Recaída

- Podem ocorrer em qualquer estado;
- Avanços e retrocessos, no caso de mudança são comuns antes de se estabelecerem novos padrões.

- Assistir a pessoa a ultrapassar rapidamente a recaída e reiniciar o processo;
- Assistir na exploração do significado da recaída e apresentá-la como uma oportunidade de aprendizagem;
- Assistir a pessoa na identificação de mecanismos de coping alternativos.

18

7. INDICADORES INERENTES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ABUSO DO ÁLCOOL

- Indicador Epidemiológico**
Taxa de prevalência do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool
 $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas assistidas nos últimos 12 meses}} \times 100$
- Indicador de Processo**
Porcentagem de pessoas a quem foi executada a técnica de entrevista motivacional
 $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas a quem foi executada técnica de entrevista motivacional nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}} \times 100$
- Indicador de Resultado**
Taxa de resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool
 $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com resolução do diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com diagnóstico de Enfermagem: abuso do álcool nos últimos 12 meses}} \times 100$

8. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO



A implementação do projeto e avaliação dos resultados será realizada pela equipa de EESMMP e Enfermeira Gestora do departamento



Após reuniões de equipa para planejar a sua implementação, auscultar a sugestões dos destinatários e colaboradores e introduzir reformulações, se necessário.

9. RESULTADOS ESPERADOS



10. PERSPETIVAS FUTURAS DE CONTINUIDADE DO PROJETO

- Prevê-se que este projeto seja sucessivamente replicado, com as devidas alterações e reformulações, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas, dos profissionais do departamento, organização e gestores.



11. CONDICIONANTES

- Aprovação do projeto pelo Conselho de Administração do hospital;
- Recursos humanos necessários para a implementação do projeto;
- Disponibilização de gabinete com os respetivos recursos materiais necessário;
- Adequação do *SClínico* no que diz respeito aos parâmetros necessários para a implementação do projeto.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>

Apêndice IV – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar [Relação de Ajuda Formal]”



Plano de cuidados e planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar [Relação de Ajuda Profissional]”

Processo Mental			
Domínio: Emoção.			
Atividades de Diagnóstico: Avaliar a emoção – verbalização das causas que desencadearam a tentativa de suicídio e sentimentos negativos associados às mesmas.			
Diagnóstico de Enfermagem: – Diagnóstico centrado na gestão de sinais e sintomas: Humor depressivo; – Diagnóstico centrado no processo de transição: Potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo.			
Objetivo: Melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo.			
Resultado de Enfermagem esperado: Consciencialização facilitadora acerca dos fatores concorrentes para o humor depressivo.			
Crítérios de Resultado: Que a verbalização de sentimentos negativos e fatores desencadeantes do humor depressivo diminua.			
Início	Intervenções de Enfermagem:	Horário	Termo
06/02/ 2023	– Executar [Relação de Ajuda Profissional].	16h	16/02/ 2023



Planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar [Relação de Ajuda Profissional]”

Data, hora e local	Início: 6 de fevereiro de 2023, 16h, Consultório Médico 2.
Periodicidade	4 sessões – 3x/semana.
Duração	45 a 60 minutos.
População-alvo	Pessoa com diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo.
Objetivo	Melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo.
Dinamizador	Enf ^ª . Ana Sofia Teixeira.
Crítérios de inclusão e exclusão	<u>Crítérios de inclusão:</u> idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo. <u>Crítérios de exclusão:</u> adultos com défice cognitivo (NOC “Cognição”); estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados; agressividade/ hostilidade (Coelho et al., 2020).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para supervisão clínica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita e NOC “Cognição”.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 0			
Objetivo: Estabelecer relação terapêutica; recolha de dados clínicos.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais e apresentação dos intervenientes; Apresentação e explicação dos objetivos da sessão; Obtenção do consentimento para recolha de dados.	Estabelecer contacto com a pessoa; Recolher informações gerais sobre o objetivo da intervenção e características e motivação da pessoa; Identificar e apresentar o diagnóstico de Enfermagem e discuti-lo com a pessoa; Esclarecer as expectativas recíprocas face à dificuldade identificada; Propor uma estratégia de intervenção adaptada à pessoa e à sua dificuldade; Avaliar capacidade cognitiva; Estabelecer o contrato terapêutico (verbal) para o desenvolvimento das sessões.	Análise das dificuldades, interesses e benefícios da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita e NOC "Cognição".		

2

Sessão 1			
Objetivo: Apresentar a intervenção e diagnóstico de Enfermagem.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Esclarecimento de dúvidas desde última sessão; Apresentação dos objetivos da sessão.	Explicar em que consiste a Relação de Ajuda Profissional; Explicar o funcionamento das sessões, nomeadamente duração, número de sessões previstas e periodicidade; Esclarecer os papéis e responsabilidades de cada interveniente e orientar sobre a importância da participação ativa da pessoa no processo de mudança; Esclarecer e caracterizar de forma mais completa o diagnóstico de Enfermagem; Definir objetivos e avaliar as expectativas da pessoa em relação à intervenção; Auxiliar na expressão da necessidade de ajuda; Favorecer a criação de um ambiente de confiança.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

3

Sessão 2			
Objetivo: Analisar e explorar o problema.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 - 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentação dos objetivos da sessão.	Analisar as dificuldades na resolução do problema e respetivas causas; Analisar os recursos utilizados pela pessoa para a resolução do seu problema; Analisar as vantagens e desvantagens dos recursos utilizados anteriormente; Orientar na procura de estratégias alternativas de resolução de problemas; Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas. <u>Solicitar a realização de trabalho de casa:</u> listar e priorizar as estratégias alternativas possíveis para dar resposta ao seu problema.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

4

Sessão 3			
Objetivo: Explorar e analisar estratégias de resolução de problemas.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 - 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentação dos objetivos da sessão.	Analisar os resultados do trabalho de casa: analisar vantagens e desvantagens das novas estratégias; Auxiliar na identificação dos recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos; Treinar as estratégias delineadas com recurso à técnica de role - playing; Promover a aprendizagem e expressão de novos comportamentos; Assistir na verbalização de medos, preocupações e necessidades; Promover a autoaceitação por parte da pessoa, através da análise do seu progresso; Preparar a pessoa para o final da intervenção.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

5

Sessão 4 e final			
Objetivo: Capacitar para a mudança.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentação dos objetivos da sessão.	Auxiliar a pessoa na revisão do processo de mudança; Solicitar à pessoa a síntese do percurso percorrido; Solicitar à pessoa a avaliação da intervenção; Auxiliar na revisão dos objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma;	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão e intervenção; Solicitar <i>feedback</i> da intervenção; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras e material de escrita.		

Apêndice V – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Reestruturação Cognitiva”



Plano de conceção de cuidados e planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Reestruturação Cognitiva”

Processo Mental			
Domínio: Emoção.			
Atividades de Diagnóstico: Avaliar a manifestação de antecipação de ameaça – verbalização de ansiedade e manifestação de sintomatologia ansiosa como irritabilidade, nervosismo e inquietação. – Avaliar a ansiedade: <i>score</i> de 48/80 na forma Y – 1 e <i>score</i> de 53/80 na forma Y – 2 do Inventário Estado – Traço da Ansiedade (STAI); – Avaliar o autocontrolo da ansiedade: <i>score</i> de 16/45 no resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade”.			
Diagnósticos de Enfermagem: – Diagnóstico centrado na gestão de sinais e sintomas: Ansiedade; – Diagnóstico centrado no processo de transição: Potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida.			
Objetivo: Melhorar o processo de pensamento no que concerne ao significado atribuído aos eventos de vida.			
Resultados de Enfermagem esperado: Significado facilitador atribuído aos eventos de vida.			
Crítérios de Resultado: Que o <i>score</i> obtido no STAI diminua e que o <i>score</i> do resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” aumente.			
Início 31/01 2023	Intervenções de Enfermagem: – Executar Reestruturação Cognitiva.	Horário 11h	Termo 10/02/ 2023



Planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Reestruturação Cognitiva”

Data, hora e local	Início: 31 de janeiro de 2023, 11h, Consultório Médico 2.
Periodicidade	4 sessões – 3x/semana.
Duração da sessão	45 a 60 minutos.
População-alvo	Pessoa com diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida.
Objetivo	Melhorar o processo de pensamento no que concerne ao significado atribuído aos eventos de vida.
Dinamizador	Enfª. Ana Sofia Teixeira.
Crítérios de avaliação inicial e final	Crítérios de avaliação inicial: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), STAI e resultado NOC “Autocontrolo da ansiedade”. Crítérios de avaliação final: STAI e resultado NOC “Autocontrolo da ansiedade”.
Crítérios de inclusão e exclusão	Crítérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico de Enfermagem: potencial para melhorar o significado atribuído aos eventos de vida Crítérios de exclusão: adultos com défice cognitivo grave; estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados (Sampaio et al., 2018); agudização da doença mental (Drake et al., 2020) e perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para supervisão clínica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, MEEM, STAI, resultado NOC “Autocontrolo da ansiedade”.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 0			
Objetivo: Estabelecer relação terapêutica; recolha de dados clínicos; monitorizar nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade; avaliar cognição; estabelecer contrato terapêutico.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais e apresentação dos intervenientes; Apresentação e explicação dos objetivos da sessão; Obtenção do consentimento para recolha de dados.	Estabelecer contacto com a pessoa; Recolher informações gerais sobre o objetivo da intervenção e características e motivação da pessoa; Encorajar a pessoa a descrever os principais sintomas/comportamentos/ emoções/ pensamentos associados ao seu problema e efetuar o seu registo; Apresentar as primeiras impressões e proposta de diagnóstico de Enfermagem; Avaliar capacidade cognitiva; Aplicar STAI e resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade"; Definir os objetivos iniciais da intervenção; Questionar se existe mais algum tema que deseje abordar; Estabelecer o contrato terapêutico (verbal) para o desenvolvimento das sessões.	Análise das dificuldades, interesses e benefícios da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, STAI, resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade" e MEEM.		

3

Sessão 1			
Objetivo: Apresentar intervenção e diagnóstico de Enfermagem; explorar sentimentos e emoções;			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Esclarecimento de dúvidas desde última sessão; Questionar a pessoa se há algum problema que não tenha mencionado na sessão anterior que considere importante; Apresentação dos objetivos da sessão.	Apresentar fundamento teórico que suporta a intervenção; Explicar o funcionamento das sessões, nomeadamente duração, número de sessões previstas e periodicidade; Clarificar os papéis a assumir pelos intervenientes; Incentivar a verbalização de experiências positivas ocorridas desde última sessão; Apresentar diagnósticos de Enfermagem e discutir com a pessoa; Identificar problemas específicos da pessoa e ajudar a transformar em objetivos; Auxiliar na compreensão de que o pensamento afeta as reações (comportamentos) - explicar esquema de interação pensamento - emoção - comportamento; Explicar os esquemas cognitivos e pensamentos automáticos negativos; <u>Solicitar trabalho de casa:</u> Registo de sinais e sintomas associados a eventos precipitantes.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita e diagrama cognitivo.		

4

Sessão 2			
Objetivo: Explorar sinais e sintomas da ansiedade; explorar distorções cognitivas;			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Questionar se há algum tema que não tenha referenciado e que considere importante; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentar objetivo da sessão.	Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado; análise de sinais e sintomas comuns da ansiedade através da exploração do resultado NOC "Nível da Ansiedade"; Explorar um número variado de distorções cognitivas; Assistir na compreensão de que a incapacidade para atingir comportamentos desejáveis pode resultar em autoafirmações irracionais; Assistir a alterar autoverbalizações pouco racionais por autoverbalizações racionais e positivas; Assistir na identificação de distorções cognitivas e pensamentos automáticos que contribuem para o seu problema; <u>Solicitar trabalho de casa:</u> Registo do pensamento automático e emoção associados a cada evento precipitante.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, NOC "Nível da Ansiedade" e material de apoio de distorções cognitivas.		

5

Sessão 3			
Objetivo: Treinar a identificação de pensamentos alternativos e ações a implementar.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 – 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentar objetivo da sessão.	Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado; Promover a modificação de pensamentos e emoções com base no abordado na sessão anterior; Instruir e treinar a substituição e modificação de pensamentos negativos/ disfuncionais, erros cognitivos e crenças por pensamentos mais adequados; Encorajar a realização de experiências para testar os seus pensamentos, emoções e comportamentos, relativamente às alternativas treinadas; Assistir na identificação de estratégias que auxiliem no autocontrolo da ansiedade; Preparar para o término da relação terapêutica; <u>Solicitar trabalho de casa:</u> Registo do pensamento automático e emoção associados a cada evento precipitante e posterior resposta adaptativa e resultado.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Relembrar agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesas, cadeiras e material de escrita.		

6

Sessão 4 e final			
Objetivo: Refletir sobre as competências adquiridas; avaliar intervenção; monitorizar nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (35 - 50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Resumo e esclarecimento de dúvidas da sessão anterior; Apresentar objetivo da sessão.	Analisar com a pessoa o trabalho de casa solicitado; assistir na revisão de competências cognitivas desenvolvidas; Assistir na identificação de potenciais stressores e sintomas, reforçando as estratégias desenvolvidas ao longo das sessões; Propor a automonitorização e autocorreção dos pensamentos; Identificar expectativas e estabelecer objetivos futuros com a pessoa; Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados; Aplicar STAI e resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade" e comparar com resultado inicial.	Esclarecimento de dúvidas; Resumo da sessão e da intervenção; Solicitar <i>feedback</i> da intervenção; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesas, cadeiras, material de escrita, STAI e resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade".		

Apêndice VI – Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Técnica de Relaxamento”



Plano de conceção de cuidados e planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Técnica de Relaxamento”

Processo Corporal: Processo do Sistema Regulador: Sono			
Domínio: Sono.			
Atividade de diagnóstico: Avaliar o sono – verbalização de queixas de dificuldade para iniciar o sono (insónia inicial).			
Diagnóstico de Enfermagem: Sono comprometido.			
Objetivo: Melhorar o sono.			
Resultados de Enfermagem esperado: Sono melhorado.			
Crítérios de Resultado: Que a verbalização de queixas de dificuldade para iniciar o sono diminua.			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo
23/01/ 2023	- Executar Técnica de Relaxamento.	21:30h	16/02/ 2023



Planeamento da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem “Executar Técnica de Relaxamento”

Data, hora e local	1ª Sessão: 23 de janeiro de 2023; 2ª Sessão: 16 de fevereiro de 2023; Hora: 21:30h; Local: Sala de Estar do internamento de Psiquiatria.
Duração	30 a 45 minutos.
População-alvo	Pessoa com o diagnóstico de enfermagem: Sono comprometido.
Objetivo	Melhorar o sono.
Dinamizador	Enfª. Ana Sofia Teixeira.
Crítérios de avaliação inicial e final	<u>Crítérios de avaliação inicial:</u> avaliação da tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC) e queixas subjetivas. <u>Crítérios de avaliação final:</u> avaliação da TA e FC e queixas subjetivas.
Crítérios de inclusão e exclusão	<u>Crítérios de inclusão:</u> idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico de Enfermagem: sono comprometido. <u>Crítérios de exclusão:</u> adultos com défice cognitivo grave; estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados (Sampaio et al., 2018); acuidade auditiva reduzida (Coelho & Sousa, 2020).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para supervisão clínica.
Recursos materiais	Colchões, almofadas, monitor de sinais vitais, material de escrita, computador e música de relaxamento e guiões de relaxamento.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 1 (Relaxamento Muscular modificado de Bernstein e Borkovec, 1973)			
Objetivo: Promover a melhoria do sono e reduzir a insónia.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 – 10 minutos)	Desenvolvimento (20 – 25 minutos)	Conclusão (5 – 10 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção e apresentação dos objetivos da sessão; Monitorizar TA e FC; Despertar motivação e interesse.	Executar técnica de relaxamento – Leitura do "Procedimento para relaxamento muscular" (Coelho & Sousa, 2020).	Promover expressão de opinião e sentimentos face à intervenção realizada; Monitorizar TA e FC; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Ativo e expositivo.	Ativo e interrogativo.
Avaliação	Questionar a compreensão da intervenção; Avaliar motivação e interesse dos participantes; Observação.	Observação do desempenho dos participantes.	Observação dos participantes; Questionar sobre a avaliação da sessão.

3

Sessão 2 (Imaginação Guiada)			
Objetivo: Promover a melhoria do sono e reduzir a insónia.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 – 10 minutos)	Desenvolvimento (20 – 25 minutos)	Conclusão (5 – 10 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção e apresentação dos objetivos da sessão; Monitorizar TA e FC; Despertar motivação e interesse.	Executar técnica de relaxamento – Leitura do "Procedimento para relaxamento por imaginação guiada" (Coelho & Sousa, 2020).	Promover expressão de opinião e sentimentos face à intervenção realizada; Monitorizar TA e FC; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo, interrogativo e ativo.	Ativo e expositivo.	Ativo e interrogativo.
Avaliação	Questionar a compreensão da intervenção; Avaliar motivação e interesse dos participantes; Observação.	Observação do desempenho dos participantes.	Observação dos participantes; Questionar sobre a avaliação da sessão.

4

Apêndice VII – Intervenção Especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”



Plano de conceção de cuidados e planeamento da intervenção especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”

Caso 1

Domínio: Cognição.			
Atividades de Diagnóstico: - Avaliar a cognição: - score de 24/30 no Mini – Exame do Estado Mental (MEEM) (Orientação Temporal – 5/5; Orientação Espacial – 5/5; Retenção – 3/3; Atenção e Cálculo – 4/5; Evocação – 0/3; Linguagem – 7/8; Habilidade Construtiva – 0/1) – 4 anos de escolaridade; - score de 1/5 no Teste do Relógio (TR). - Verbalização de queixas subjetivas.			
Diagnóstico de Enfermagem: Memória de curto prazo comprometida.			
Objetivos: Manter memória de curto prazo.			
Resultados de Enfermagem esperados: Memória de curto prazo mantida.			
Crítérios de Resultado: Que o score obtido no MEEM e TR se mantenha.			
Início 21/03/ 2023	Intervenções de Enfermagem – Executar Estimulação Cognitiva.	Horário Tarde	Termo 28/03/ 2023



Planeamento da intervenção de especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”

Local, dia e hora	Domicílio; Terças – feiras no período da tarde. Sessão 1x semana.
Duração	45 minutos.
População-alvo	Pessoa com o diagnóstico de Enfermagem: memória de curto prazo comprometida.
Objetivos	Manter a memória de curto prazo.
Dinamizadores	Enf ^ª . Ana Sofia Teixeira.
Crítérios de avaliação inicial e final	<u>Crítérios de avaliação inicial:</u> MEEM, TR e queixas subjetivas. <u>Crítérios de avaliação final:</u> MEEM e TR.
Crítérios de inclusão e exclusão	<u>Crítérios de inclusão:</u> pessoa com diagnóstico de Enfermagem: memória de curto prazo comprometida. <u>Crítérios de exclusão:</u> adultos com depressão grave, demência em estadio grave, perturbação psicótica (Sousa et al., 2020).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental para supervisão clínica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, MEEM, TR e materiais de apoio ao treino das funções específicas.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 1 (21/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória de curto prazo.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Orientação para a realidade: – Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: – Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; – Virar imagens e evocar novamente; – Ordenar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica memória de curto prazo: – Mostrar imagem com 3 objetos, solicitar que memorize, retirar imagem e solicitar para evocar os objetos presentes na imagem; – Evocar 3 frutas e solicitar que memorize. Mostrar lista de palavra e solicitar que identifique as 3 frutas evocadas; – Ler pequeno texto e fazer questões simples sobre o mesmo (ex: “Como se chama a personagem?” “Que idade tem?”, “Qual a sua profissão?”).	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

3

Sessão 2 (28/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória e cálculo.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Orientação para a realidade: – Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: – Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; – Virar imagens e evocar novamente; – Ordenar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica memória de curto prazo: – Mostrar imagem com 3 frutas, solicitar que memorize, retirar imagem e solicitar para evocar as frutas presentes na imagem; – Evocar 3 objetos e solicitar que memorize. Mostrar lista de palavra e solicitar que identifique os 3 objetos evocados; – Mostrar imagem durante 30 segundos e fazer questões simples sobre a mesma (ex: “Quantas pessoas estão na imagem?”, “Em que local estão?”, “Qual a cor da camisola da menina?”).	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

4

Plano de conceção de cuidados e planeamento da intervenção especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”

Caso 2

Domínio: Cognição.			
Atividades de Diagnóstico: - Avaliar a cognição: - score de 23/30 no Mini - Exame do Estado Mental (MEEM) (Orientação Temporal - 2/5; Orientação Espacial - 4/5; Retenção - 3/3; Atenção e Cálculo - 5/5; Evocação - 2/3; Linguagem - 7/8; Habilidade Construtiva - 0/1) - 3 anos de escolaridade; - score de 1/5 no Teste do Relógio (TR). - Verbalização de queixas subjetivas.			
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida.			
Objetivos: Manter a cognição.			
Resultados de Enfermagem esperados: Cognição mantida.			
Critérios de Resultado: Que o score obtido no MEEM e TR se mantenha.			
Início 13/03/ 2023	Intervenções de Enfermagem - Executar Estimulação Cognitiva.	Horário Manhã	Termo 27/03/ 2023

Planeamento da intervenção de especializada de Enfermagem “Executar Estimulação Cognitiva”

Local, dia e hora	Gabinete 5 da UCC; Segundas - feiras no período da manhã. Sessão 1x semana.
Duração	45 minutos.
População-alvo	Pessoa com o diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida.
Objetivos	Manter a cognição.
Dinamizadores	Enfª. Ana Sofia Teixeira.
Critérios de avaliação inicial e final	<u>Critérios de avaliação inicial:</u> MEEM, TR e queixas subjetivas. <u>Critérios de avaliação final:</u> MEEM e TR.
Critérios de inclusão e exclusão	<u>Critérios de inclusão:</u> adultos com diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida. <u>Critérios de exclusão:</u> adultos com depressão grave, demência em estadio grave, perturbação psicótica (Sousa et al., 2020).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental para supervisão clínica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, MEEM, TR e materiais de apoio ao treino das funções específicas.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 1 (13/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória e linguagem.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Orientação para a realidade: - Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: - Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; - Virar imagens e evocar novamente; - Ordenar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica linguagem: - Evocação de antónimos; - Completar frases; - Evocação categorial – categorizar um conjunto de nomes próprios como mulher ou homem; - Evocação categorial – categorizar um conjunto de palavras com animais/ frutas/ objetos/ países.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

7

Sessão 2 (27/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória e cálculo.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Orientação para a realidade: - Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: - Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; - Virar imagens e evocar novamente; - Ordenar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica cálculo: - Unir os números ímpares por ordem crescente; - Selecionar o número diferente entre 2 colunas; - Completar sequências crescentes e decrescente.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

8

Plano de conceção de cuidados e planeamento da intervenção especializada de Enfermagem "Executar Estimulação Cognitiva"

Caso 3

Domínio: Cognição.			
Atividades de Diagnóstico: - Avaliar a cognição: - score de 15/30 no Mini - Exame do Estado Mental (MEEM) (Orientação Temporal - 1/5; Orientação Espacial - 2/5; Retenção - 3/3; Atenção e Cálculo - 2/5; Evocação - 0/3; Linguagem - 7/8; Habilidade Construtiva - 0/1) - 3 anos de escolaridade; - score de 0/5 no Teste do Relógio (TR). - Verbalização de queixas subjetivas.			
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida.			
Objetivos: Manter a cognição.			
Resultados de Enfermagem esperados: Cognição mantida.			
Critérios de Resultado: Que o score obtido no MEEM e TR se mantenha.			
Início 10/03/ 2023	Intervenções de Enfermagem - Executar Estimulação Cognitiva.	Horário Manhã	Termo 24/03/ 2023

Planeamento da Intervenção de especializada de Enfermagem "Executar Estimulação Cognitiva"

Local, dia e hora	Domicílio; Sextas - feiras no período da manhã. Sessão 1x semana.
Duração	45 minutos.
População-alvo	Pessoa com o diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida.
Objetivos	Manter a cognição.
Dinamizadores	Enf ^ª . Ana Sofia Teixeira.
Critérios de avaliação inicial e final	<u>Critérios de avaliação inicial:</u> MEEM, TR e queixas subjetivas. <u>Critérios de avaliação final:</u> MEEM e TR.
Critérios de inclusão e exclusão	<u>Critérios de inclusão:</u> adultos com diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida. <u>Critérios de exclusão:</u> adultos com depressão grave, demência em estadio grave, perturbação psicótica (Sousa et al., 2020).
Recursos humanos	Enfermeiro Estagiário em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental para supervisão clínica.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, material de escrita, MEEM, TR e materiais de apoio ao treino das funções específicas.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 1 (10/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória e linguagem.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Orientação para a realidade: - Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: - Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; - Virar imagens e evocar novamente; - Evocar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica linguagem: - Evocação de antónimos; - Completar frases; - Evocação de animais apresentados.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

11

Sessão 2 (24/03/2023)			
Objetivo: Promover a orientação espaço – temporal; promover a manutenção da cognição na função da memória e cálculo.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (40 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão.	Executar estimulação cognitiva: Orientação para a realidade: - Assinalar no calendário e referir o dia, mês, ano e dia da semana. Treino da memória: - Evocar cor e imagens (atribuídas no início da intervenção) – auxílio através da técnica de associação ou redução de pistas; - Virar imagens e evocar novamente; - Evocar meses do ano e dias da semana. Treino da função específica cálculo: - Evocar os 4 números apresentados e mencionar o menor e maior; - Realizar somas simples.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Assinar no calendário agendamento da próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa, cadeiras, caneta, calendário, círculo com a cor e imagens, indicadores com meses do ano e dias da semana e exercícios práticos.		

12

Apêndice VIII – Intervenção Especializada de Enfermagem “Executar Treino de competências sociais”



Planeamento da intervenção especializada de Enfermagem “Executar Treino de competências sociais”

Data, hora e local	10/5- 16:30h; 16/5- 10h; 25/5- 16:30. Sala de Atividades.
Duração da sessão	60 minutos.
População-alvo	Adultos com diagnóstico de Enfermagem: comportamento interativo comprometido.
Objetivo	Melhorar a relação social e interpessoal entre as participantes.
Dinamizadores	Enf ^a . Ana Sofia Teixeira e Enf ^a . Rita Carneiro.
Critérios de avaliação inicial	<u>Critérios de avaliação inicial</u> : resultado NOC “Habilidades de interação social”.
Critérios de inclusão e exclusão	<u>Critérios de inclusão</u> : idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico de Enfermagem: comportamento interativo comprometido (avaliação através do resultado NOC “Habilidades de interação social”). <u>Critérios de exclusão</u> : estado confusional; agitação psicomotora; sintomas heterólogos exacerbados (Sampaio et al., 2018); agudização da doença mental (Drake et al., 2020) e perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997).
Recursos humanos	Enfermeiras Estagiárias em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para supervisão.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras, resultado NOC “Habilidades de interação social”, computador, projetor, material de escrita, Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos “Mentis Plus+”, material de apoio às sessões: caixa com abertura, indicadores com soluções, pedras com valores relacionais.

Desenvolvimento das sessões

Sessão 1			
Objetivo: Estabelecer relação terapêutica; melhorar a adequação das relações interpessoais; promover a expressão de sentimentos; desenvolver estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade; implementar estratégia de autorreflexão.			
Etapas (Duração)	Introdução (10 minutos)	Desenvolvimento (45 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Estabelecimento da relação terapêutica; Apresentação dos participantes; Apresentação da dinâmica e objetivos.	Analisar os conceitos de Saúde Mental e Saúde Mental Positiva; Analisar o Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva; Implementar sessão 1 do Módulo 6 "Habilidades de Relações Interpessoais" do Programa "Mentis Plus+".	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Agendar próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo e ativo	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras, computador, projetor, material de escrita, Programa "Mentis Plus+", material de apoio à sessão: caixa com abertura.		

Sessão 2			
Objetivo: Promover relações gratificantes; promover a expressão de sentimentos; implementar estratégia de autorreflexão.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Atividade quebra-gelo; Apresentação do objetivo da sessão.	Implementar sessão 2 do Módulo 6 "Habilidades de Relações Interpessoais" do Programa "Mentis Plus+" - versão adaptada. Entrega a cada participante de indicadores com comportamentos e atitudes a reter.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Agendar próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo e ativo.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras, novelo de lã, computador, projetor, material de escrita, Programa "Mentis Plus+", material de apoio à sessão: indicadores com soluções.		

Sessão 3			
Objetivo: Promover relações gratificantes; reforçar estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade; promover a expressão de sentimentos.			
Etapas (Duração)	Introdução (5 minutos)	Desenvolvimento (50 minutos)	Conclusão (5 minutos)
Conteúdo	Cumprimentos iniciais; Atividade quebra-gelo; Apresentação do objetivo da sessão.	Implementar sessão 3 do Módulo 6 "Habilidades de Relações Interpessoais" do Programa "Mentis Plus+" - versão adaptada.	Esclarecimento de dúvidas; Solicitar <i>feedback</i> da sessão; Agendar próxima sessão; Cumprimentos finais.
Método	Expositivo e participativo	Expositivo, interrogativo e ativo.	Interrogativo e ativo.
Recursos materiais	Mesa e cadeiras, computador, projetor, material de escrita, Programa "Mentis Plus+", material de apoio à sessão: pedras com valores relacionais.		



Saúde Mental Positiva

Enf.^a. Ana Sofia Teixeira
Enf.^a. Rita Carneiro



Saúde Mental

"Estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade" (Organização Mundial de Saúde, 2014).



Saúde Mental Positiva

- Não é estar sempre feliz e contente.
- É manter a atração por um mundo ideal e que somos seres humanos com sentimentos positivos e negativos.
- É ser capaz de estar triste nos momentos que são tristes mantendo a capacidade de funcionamento social e individual.

[Teixeira, 2022]



Saúde Mental Positiva

- Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);
- Colocar "carinho" nas atividades de vida;
- Não ser muito duro consigo mesmo e com os outros;
- Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal;
- Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando acontecem;

[Teixeira, 2022]



Saúde Mental Positiva

- Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade dos sentimentos (não ter medo de chorar e de sentir);
- Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- Tentar resolver os problemas quando eles surgem;
- Cuidar das relações interpessoais-pessoal, íntimo e de trabalho;
- Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

[Teixeira, 2022]





Caixa das Relações-sessão 1

Escreva na folha as suas principais dificuldades relacionais e emocionais (queixas/problemas).
 Não identifique a folha.

Que solução apresentaria para essa dificuldade?

Programa "Mentis Plus"

Saúde Mental Positiva Sessão 2



Enf.^a Ana Sofia Teixeira
 Enf.^a Rita Carneiro

CESPU INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE



Emoções-sessão 2

<https://wordwall.net/pt/resource/52457714/jogo-das-emo%C3%A7%C3%B5es>

Mesa das questões-sessão 2

Quais as situações que a deixam "fora de si"?

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



Quando tem de tomar uma decisão importante
"o que sente"?

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



➤ Para cada questão apresentada seleccione a
solução mais indicada.

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



1.- "Como reagir quando vejo alguém a perder a
calma e a tornar-se violento?"

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



2.- "Como reagir em situações que me deixem
aborrecida?"

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



3.- "Qual a sua tolerância em aceitar emoções
negativas (p.ex.: frustração)?"

Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2



A RETER:

- ✓ Caso o outro precise de ajuda e tivermos
disponibilidade tentamos ajudá-lo.
- ✓ Não ignorar o "Olá" do outro.
- ✓ Não falar dos outros pelas costas-isto provoca
discussões.

"Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos "Mentis Plus"

Mesa das questões-sessão 2

Tarefa até próxima sessão

Identifique 5 coisas que poderão acontecer se não trabalhar as relações.



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Saúde Mental Positiva
Sessão 3



Enf. Ana Sofia Teixeira
Enf. Rita Carneiro

CESPU
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

<https://wordwall.net/resource/1750865/competencias-socias#>



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Tarefa

Quais as 5 coisas que identificaram que poderão acontecer se não trabalharem as relações?



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Qual das pedras basilares considera mais importante na relação com os outros?

E porquê?



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Confiança

- Sentimento de segurança relativamente a si próprio, convicção no próprio valor;
- Sentimento de quem confia, de quem acredita na sinceridade de alguém;
- Crença firme na fiabilidade, honestidade, eficácia, lealdade de alguém.



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Empatia

- Capacidade de se colocar no lugar do outro;
- Capacidade de se identificar com outra pessoa e de partilhar os seus sentimentos e motivações;
- Compreender emocionalmente o outro.



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Colaboração

- Ação de colaborar com alguém;



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Diferenças

- Diversidade;



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Escutar

- Ouvir com atenção o outro e ter consciência do que estamos a ouvir;
- Dar atenção a algo ou a alguém.



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3



Aceitação

- Tendência para ser bem aceite;
- Manifestação de aprovação;
- Recetividade.



Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Respeito

- Sentimento que impede de tratar alguém mal, de ser malcriada ou de agir com falta de consideração;
- Sentimento que faz com que alguém não digas ofensas nem insultos;
- Sentimento que leva alguém a tratar as outras pessoas com grande atenção.




Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Pedras Basilares das Relações-sessão 3

Autoconhecimento

- Conhecimento de si próprio, das suas características, sentimentos, qualidades e imperfeições.




Adaptação do Programa "Mentis Plus"

Referências bibliográficas

- Teixeira, S. (2022). *Criação de um programa de promoção de saúde mental positiva: MENTIS PLUS+* [Tese de doutoramento, Departamento de Enfermagem da Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/675652>



Saúde Mental Positiva



Enf^a. Ana Sofia Teixeira
Enf^a. Rita Carneiro



34

Material de apoio às sessões



Sessão 1: caixa com abertura.



Sessão 2: indicadores com soluções.



Sessão 3: pedras com valores relacionais.

Apêndice IX – Consentimento informado, livre e esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Prezado utente,

Sou enfermeira e, neste momento, encontro-me a realizar o estágio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Pretendo realizar um projeto de intervenção, com o objetivo de compreender qual o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no autocontrolo da ansiedade em adultos. Para tal, solicito da sua participação e colaboração neste projeto, que consiste numa intervenção psicoterapêutica estruturada em 5 sessões.

Ao abrigo da proteção de dados e dever do sigilo profissional, todas as informações fornecidas e dados de saúde recolhidos são confidenciais.

Eu, abaixo-assinado, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação no projeto de investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicada a intervenção proposta.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do entrevistador: _____