

A Entrevista Motivacional como intervenção do Enfermeiro Especialista na Pessoa com Perturbação depressiva

Relatório de Natureza Profissional

André Freitas Macedo

CICLO DE ESTUDOS:

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Vila Nova de Famalicão, Setembro de 2023

André Freitas Macedo

**A Entrevista Motivacional como intervenção
do Enfermeiro Especialista na Pessoa com
Perturbação depressiva
Relatório de Natureza Profissional**

Trabalho realizado sob a Orientação de
Prof. Doutora Ana Isabel Teixeira

Relatório de Estágio

CICLO DE ESTUDOS:

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, André Freitas Macedo, nº 17598, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Resumo

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é um profissional de saúde altamente capacitado não apenas para intervir junto a indivíduos que apresentam alterações da saúde mental, mas também para implementar medidas preventivas, sendo também parte das competências deste.

Este relatório foi elaborado no contexto do 1º Curso de Mestrado da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Através deste, procuro descrever e refletir sobre o meu progresso no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, durante os estágios de uma forma crítico-reflexiva, e também no contributo para uma prática clínica baseada em evidência.

No contexto prático dos 3 estágios, procurei aplicar a entrevista motivacional como metodologia juntamente a outras intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. Com a aplicação da entrevista motivacional foi possível notar melhorias nos focos de enfermagem como o *coping*, ansiedade e humor, mas principalmente na adesão ao regime terapêutico.

Em suma, a Entrevista Motivacional mostra um impacto positivo em adultos com humor depressivo, melhorando os sintomas depressivos e ansiosos, além de promover o uso de estratégias de *coping* resilientes, associado a uma melhor adesão ao tratamento.

Palavras-chave: **Entrevista motivacional; Transtornos do humor; Adulto; Enfermagem**

Abstract

The specialist nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing is a highly trained healthcare professional not only capable of intervening with individuals experiencing mental health issues but also implementing preventive measures, which are also part of their competencies.

This report was prepared in the context of the 1st Master's Course at the Vale do Ave Higher School of Health, in Mental Health and Psychiatric Nursing. Through this, I seek to describe and reflect on my progress in developing the competencies of a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing during the internships in a critical-reflexive manner, as well as its contribution to evidence-based clinical practice.

In the practical context of the three internships, I aimed to apply motivational interviewing as a methodology along with other psychotherapeutic and psychoeducational interventions. The application of motivational interviewing led to improvements in nursing focuses such as coping, anxiety, and mood, but primarily in adherence to the therapeutic regimen.

In summary, Motivational Interviewing demonstrates a positive impact on adults with depressive mood, improving depressive and anxious symptoms, as well as promoting the use of resilient coping strategies, associated with better treatment adherence.

Keywords: Motivational interviewing; Mood disorders; Adult; Nursing

Agradecimentos

Agradeço à Prof. Doutora Ana Isabel Teixeira pela colaboração, orientação e disponibilidade para a elaboração do relatório de estágio, que foi uma mais-valia nesta área específica, sendo uma perita na mesma e na comunicação com a pessoa.

Deixo um agradecimento ao Mestre Bruno Santos, como professor, supervisor do ensino clínico do internamento de agudos e como meu superior hierárquico no local de trabalho na Casa de Saúde do Bom Jesus, tendo em conta a sua inteira disponibilidade, pelas suas palavras que se transformam em motivação, pelo apoio prestado, e por fim, pela orientação durante todo o percurso, tornando toda esta jornada mais fácil.

Obrigado à Prof. Doutora Lia Sousa pela iniciativa e trabalho desenvolvido para que fosse possível a criação da 1ª edição do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na CESPU, tendo desenvolvido um programa excelente, dando a oportunidade de me formar como mestre nesta área que tanto ansiava e pela partilha de conhecimentos e experiência.

Agradeço especialmente à minha esposa que me motivou para atingir o objetivo de me tornar mestre nesta área, pela ajuda fulcral e dedicação em tempos difíceis após o nascimento do nosso filho, tendo também demonstrado uma paixão enorme pelos meus objetivos.

Por fim, deixo um agradecimento aos colegas de turma pela colaboração e pelo espírito de equipa desenvolvido, tornando esta experiência mais prazerosa.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 13 |
| Parte I- O caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria..... | 16 |
| 1. A teoria das transições e o cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica..... | 17 |
| 2. Aplicação da teoria de Peplau no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica..... | 21 |
| 3. Contextualização da componente clínica..... | 24 |
| 3.1. Estágio de natureza profissional I – Internamento de agudos..... | 24 |
| 3.2. Estágio de natureza profissional II – Comunidade..... | 25 |
| 3.3. Estágio de natureza profissional II – Unidades Especializadas..... | 27 |
| 4. Pressupostos teóricos orientadores do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista..... | 29 |
| 4.1. Os Domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas..... | 29 |
| 4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional e ética legal..... | 30 |
| 4.1.2. Domínio da gestão de cuidados..... | 33 |
| 4.1.3. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais... | 35 |
| 5. Cuidar da pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica em diferentes unidades de cuidados: das atividades desenvolvidas às competências específicas adquiridas..... | 37 |
| 5.1. Cuidar da pessoa em internamento de agudos..... | 37 |
| 5.2. Cuidar da pessoa na comunidade..... | 42 |
| 5.3. Cuidar da pessoa em contextos especializados..... | 49 |
| 5.4. Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica..... | 54 |
| Parte II- A prática de cuidados baseada na evidência..... | 57 |
| 1. Revisão integrativa da literatura: A entrevista motivacional no adulto com humor depressivo..... | 58 |
| 1.1. Método..... | 60 |
| 1.2. Resultados..... | 63 |
| 1.3. Discussão..... | 66 |
| 1.4. Conclusões..... | 71 |
| 2. A prática baseada em evidência..... | 72 |
| 2.1. Descrição do programa a implementar..... | 72 |
| 2.2. Método..... | 73 |

| | |
|---|-----|
| 2.3. Resultados..... | 75 |
| 2.4. Discussão..... | 78 |
| 2.5. Conclusões..... | 79 |
| Conclusão..... | 81 |
| Referências bibliográficas..... | 83 |
| Apêndices..... | 90 |
| Apêndice I - Projeto de Gestão – Intervenções Psicoterapêuticas..... | 91 |
| Apêndice II - Manual de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados “cuidar o cuidador”..... | 107 |
| Apêndice III - Formação do projeto de gestão..... | 130 |
| Apêndice IV - Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento..... | 133 |
| Apêndice V – Plano de intervenção ASP..... | 143 |
| Apêndice VI - Plano de intervenção: ADVB..... | 175 |
| Apêndice VII - Plano de intervenção: MPPF..... | 197 |
| Apêndice VIII - Plano de intervenção: MDCF..... | 219 |
| Apêndice IX - Plano de intervenção: G, JP e Tia..... | 242 |
| Apêndice X - Plano de intervenção: ME..... | 267 |
| Apêndice XI - Feira da Saúde: Panfletos e Jogos..... | 287 |
| Apêndice XII - Plano de intervenção: SMCG..... | 301 |
| Apêndice XIII - Sexualidade..... | 321 |
| Apêndice XIV – Entrevista Motivacional..... | 325 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Etapas da Revisão Integrativa da Literatura | 61 |
| Figura 2 – Esquema da adaptação dos resultados encontrados | 69 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Questão de investigação segundo o modelo PICO..... | 61 |
| Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão..... | 62 |
| Tabela 3 – Quadro de triagem de artigos..... | 63 |
| Tabela 4 – Quadro de resultados..... | 64 |
| Tabela 5 – Média de scores da população alvo nos 3 momentos de avaliação.... | 76 |
| Tabela 6 – Resultados da escala MAT no <i>follow-up</i> | 76 |
| Tabela 7 – Adesão ao regime terapêutico no <i>follow-up</i> segundo questão 4 do questionário de avaliação..... | 77 |
| Tabela 8 – Questão 2 do questionário de avaliação: Tem sentido alguns efeitos secundários da medicação?..... | 77 |
| Tabela 9 – Bem-estar subjetivo no <i>follow-up</i> comparado ao momento da alta segundo a questão 1 do questionário de avaliação..... | 77 |

Abreviaturas

h - horas

nº - número

% - percentagem

Siglas

APA – American Psychological Association

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BDI-II – Inventário de Depressão de Beck

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

GIS – Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

MMSE – Mini Exame do Estado Mental

MIPE – Modelo de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem

NIC – Classificação das Intervenções em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

No contexto da primeira edição do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), este relatório de estágio tem o propósito de descrever e refletir sobre as aprendizagens obtidas nos três campos de estágio de natureza profissional, bem como sobre as competências adquiridas como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os estágios tiveram uma duração total de 600 horas, ocorrendo entre 14 de janeiro de 2023 e 26 de maio de 2023, divididos em três contextos distintos, realizados em ambientes de internamento e comunidade: Estágio de Natureza Profissional I – Internamento de Agudos; Estágio de Natureza Profissional II – Comunidade; e Estágio de Natureza Profissional III – Unidades Especializadas: Reabilitação.

A Entrevista Motivacional (EM) é um método clínico e comunicacional utilizado na área de enfermagem e saúde mental. De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), trata-se de uma habilidade complexa que melhora com a prática, centrada na comunicação colaborativa centrada na pessoa, com o propósito de aumentar a motivação intrínseca para a mudança de um comportamento nocivo. É uma abordagem de aconselhamento empático e sem confronto, na qual o clínico orienta, em vez de forçar a pessoa para a mudança, evitando a resistência e trabalhando ativamente com os pontos fortes da pessoa para construir a auto-eficácia e o resultado desejado, a mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2002). O humor depressivo segundo American Psychological Association (APA) (2014), é caracterizado pelo sentimento de tristeza, vazio ou irritabilidade, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que têm um impacto substancial na funcionalidade da pessoa. Embora possa ocorrer como um único episódio, pode também ser uma condição recorrente de acordo com o DSM-5. Portanto é de extrema importância distinguir entre a tristeza ou luto considerados normais de uma perturbação depressiva, onde sintomas como pensamentos recorrentes sobre morte, conhecidos como ideação suicida, estão presentes. Além disso, observa-se uma diminuição na volição, caracterizada pela falta de motivação para realizar tarefas ou comportamentos, e uma alteração na comunicação com isolamento social. Os autores Medrano-Martinez et al. (2018) estimam que cerca de 8% da população adulta poderá, em algum momento da sua vida, experienciar essas perturbações de humor, o que destaca a importância do

estudo desta temática. A EM pode ser uma ferramenta essencial no tratamento da perturbação depressiva. De acordo com Balán et al. (2013), uma grande preocupação é a falta de adesão ao regime terapêutico por parte de pessoas com perturbação depressiva. Os mesmos autores indicam ainda uma taxa de abandono terapêutico até 50% em diferentes fases do tratamento, e cerca de 30% das pessoas com depressão grave interrompem o tratamento após um mês.

Por forma a orientar a elaboração deste relatório, foram estabelecidos os seguintes objetivos: Descrever e refletir sobre as atividades e aprendizagens realizadas ao longo dos estágios de natureza profissional; Refletir sobre as competências comuns e específicas adquiridas para o exercício profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental; Desenvolver e contribuir para uma prática clínica especializada sustentada em evidência, nomeadamente, na utilização da EM como intervenção na abordagem à pessoa com Humor Depressivo, refletindo igualmente sobre o papel do enfermeiro especialista. Ainda de uma forma global, este relatório tem como principal objetivo académico obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica após a sua defesa pública.

O relatório está organizado em duas partes e subdivididos por diversos capítulos. A primeira parte do relatório inclui a contextualização de duas teorias de enfermagem relevantes para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), uma contextualização da componente clínica e a descrição dos locais de estágio, bem como uma reflexão crítica sobre as competências comuns/específicas do EEESMP adquiridas em cada campo de acordo com as atividades realizadas.

A segunda parte apresenta o caminho percorrido para uma prática de cuidados baseados na evidência, englobando uma revisão integrativa da literatura sobre o tema "A entrevista motivacional no adulto com humor depressivo: uma revisão integrativa da literatura", bem como a descrição do programa implementado e a sua análise como método para aumentar a adesão ao regime terapêutico.

A redação deste relatório seguirá o novo acordo ortográfico e as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição. Além disso, serão observadas as diretrizes descritas no Guia de Normalização Técnico-Científica em vigor na ESSVA.

Na elaboração deste documento, foi seguida uma abordagem metodológica descritiva e reflexiva, concentrando-se nas intervenções realizadas para atingir os meus objetivos como também os estipulados no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Parte I- O caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

A Enfermagem é uma ciência baseada em pressupostos teóricos que sustentam o conhecimento necessário ao enfermeiro para a tomada de decisão e pensamento crítico na prática clínica. Na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, duas teóricas importantes e de relevo são: Afaf Meleis, com a teoria das transições e Hildegard Peplau, com a teoria das relações interpessoais.

O capítulo aborda a importância das teorias de enfermagem na prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ressaltando a complexidade dessa área e a necessidade de validação e conhecimento científico para garantir um cuidado efetivo à pessoa e família. Os estágios profissionais foram fundamentais para o desenvolvimento de competências na área e proporcionaram experiências e intervenções psicoterapêuticas ao longo do percurso académico.

Em suma, é destacada a importância de basear as intervenções de enfermagem nas teorias de enfermagem, com ênfase na construção de uma relação terapêutica com a pessoa e família, principalmente em momentos de transição. A Enfermagem é considerada uma ciência que combina arte e ciência, sendo essencial para o cuidado integral da pessoa em todas as dimensões de saúde e doença.

1. A teoria das transições e o cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica

A Teoria das Transições foi desenvolvida na década de 1960 por Afaf Ibrahim Meleis que, descreve a transição como um conceito para a enfermagem que define como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986, p. 239) referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo. As autoras Chick e Meleis, (1986), acrescentam ainda que a transição está relacionada com o tempo e o movimento e que envolve uma mudança de estado de saúde, expectativas, relações ou habilidades, pelo que a pessoa, ou pessoas, consoante o contexto e a situação, têm de integrar novos conhecimentos.

Quanto às transições, Meleis et al. (2010) definem estas consoante a sua natureza, do tipo desenvolvimental, associadas a mudanças no ciclo vital (ex.: adolescência, gravidez, maternidade e outras); situacional, relacionada com alterações de papéis (ex.: emigração), organizacional, como por exemplo alterações sociais, políticas ou económicas; saúde/doença, resultado de uma alteração do estado de saúde ou doença, podendo ser aguda ou crónica.

De acordo com os últimos autores, as transições, podem ser consideradas de padrão simples ou múltiplo, sequencial ou simultâneas, como podem também estar ou não relacionadas. Acrescentam que estas transições podem ainda ser caracterizadas quanto às seguintes propriedades: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço de tempo e pontos críticos, e eventos.

Segundo Meleis (2010), o processo de transição pode ter elementos que o facilitam ou dificultam sendo consideradas como condicionantes da transição, podendo estas ser da componente pessoal, comunidade ou sociedade.

Quanto às condições pessoais, são incluídos os significados atribuídos às crenças culturais, às condições socioeconómicas ou conhecimentos. No que respeita às condições da comunidade, estas podem ser ou não facilitadoras, dependendo da existência ou não de uma rede de suporte a este nível. Quanto às condições sociais, pode-se verificar uma similaridade quanto à anterior, pois, em situações de desigualdades podem dificultar um processo de transição saudável (Meleis et al., 2010).

Os padrões de resposta, como avaliação do processo de transição, permitem ao enfermeiro identificar se a transição evolui de forma saudável, permitindo planear e intervir para que a pessoa chegue a resultados saudáveis. Os indicadores de processo que caracterizam as transições saudáveis são: sentir-se e estar ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*. (Meleis et al., 2000).

De acordo com os estudos de Meleis et al. (2010), foram ainda identificados indicadores de resultado: a mestria e a integração da identidade fluida. A mestria e a integração da identidade fluida são o reflexo do progresso de uma transição saudável, que requer uma intervenção de enfermagem diferenciada e individualizada para a preparação da pessoa, mas também a capacidade de aprendizagem da pessoa, como por exemplo a mestria adquirida na realização de tarefas.

A teoria das transições de Afaf Meleis tem como objetivo facilitar o processo de transição de um indivíduo, de um estado estável para outro. Esta teoria pela objetividade dos conceitos em que se fundamenta, integra as teorias de médio alcance, e nomeadamente na área de Enfermagem, fornece orientações e suporte teórico aos enfermeiros com vista a melhorarem a qualidade dos cuidados que prestam às pessoas quando estas atravessam processos de mudança em determinado momento da sua vida.

A Enfermagem em Saúde Mental lida com várias transições relacionadas a situações de saúde/doença, situacionais, desenvolvimento ou organizacionais. O EEESMP deve estar preparado para reconhecer e auxiliar nesse processo de transição que se pretende saudável. No entanto, quando a pessoa com patologia mental tem a sua capacidade de consciencialização afetada, o processo de transição pode ser mais difícil, mas é importante que o EEESMP esteja ciente e preparado para apoiar a pessoa e o familiar cuidador /família nesse processo.

Na prática clínica como EEESMP, esta teoria é fulcral, pois é uma das bases para as intervenções psicoterapêuticas, tendo em conta que tanto a teoria de Meleis como as intervenções são ferramentas que têm como objetivo uma transição saudável para um estado estável, podendo ainda acrescentar que tal não é possível se ambas não coexistirem. E o nosso papel é facilitar todo o processo como refere a autora.

A teoria de Meleis é aplicada diariamente no quotidiano da prática clínica do EEESMP, visto que contempla as 5 fases do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação).

É também importante conhecer a teoria das transições porque na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica por vezes algumas alterações estão diretamente ligadas a situações vivenciadas, fases do ciclo vital ou organizacionais, e devemos saber como proceder e ajudar no processo de transição. Falar das situações que provocam humor depressivo que podem advir de situações vivenciadas e crises situacionais, e de como se pode intervir como enfermeiro para avaliar o humor e a situação/ crise situacional que provoca a alteração do estado, perceber os recursos formais e informais bem como a rede de suporte e intervir com a pessoa de forma a melhorar o humor e adaptar-se a uma nova condição e identidade.

No exercício profissional esta teoria enquadra-se na perfeição e converge com as competências específicas do EEESMP, fundamentalmente as F2, F3 e F4 que constam no Regulamento nº 515/2018 (2018). Tal como na teoria, as competências F2 e F3 correspondem à exploração de dados e identificação de diagnósticos através de métodos como a entrevista e observação de comportamentos, planejar os cuidados negociando os mesmos com o cliente, implementação das intervenções psicoterapêuticas e por fim a avaliação, ou seja, todo o processo de enfermagem. As competências F2 e F3 envolvem a assistência e auxílio à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade para melhorar a saúde mental e recuperar a saúde, mobilizando as dinâmicas de cada contexto.

Já quanto à F4, também podemos verificar uma similaridade quanto à atuação a nível do cliente, família, grupo ou comunidade de forma a atingir um estado de saúde mental e restaurar um padrão de funcionamento saudável através das intervenções psicoterapêuticas disponíveis sob forma de ensinar, orientar, instruir, assistir, apoiar, capacitar, supervisionar, ou seja, refere-se aos cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, mobilizando o contexto individual, familiar, de grupo ou comunitário para manter, melhorar e recuperar a saúde.

Em resumo, a teoria das transições é essencial para a Enfermagem de Saúde Mental, permitindo que o EEESMP ofereça cuidados holísticos e apoio adequado durante as transições, mesmo em situações em que a consciencialização da pessoa

esteja comprometida. As competências específicas do EEESMP estão alinhadas com essa teoria, possibilitando a aplicação do processo de enfermagem e intervenções apropriadas para alcançar uma transição saudável da pessoa.

2. Aplicação da teoria de Peplau no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica

A Teoria das Relações Interpessoais foi criada por Hildegard Peplau, nascida a 1 de setembro de 1909. Esta é considerada igualmente uma Teoria de Médio Alcance que revolucionou a enfermagem, nomeadamente a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dando início à relação como ferramenta terapêutica.

Esta teoria tem como foco a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa. A autora descreve que esta relação deverá ser colaborativa e dinâmica, em que o enfermeiro é tido como um intermediário entre a pessoa e outros profissionais de saúde/serviços (Peplau, 1997).

Segundo Abaraci e Tas (2019), a Teoria das Relações Interpessoais é um processo que engloba 4 fases consideradas relacionadas: Orientação, Identificação, Exploração e Resolução. Na fase de Orientação existe a procura de ajuda por parte da pessoa, onde são identificadas as necessidades ou diagnósticos através da comunicação de informações durante a interação. É caracterizada pela identificação de problemas, transmissão de necessidades, e orientação dos diversos serviços ou apoio prestados por parte dos profissionais. Nesta fase, a relação terapêutica ainda se encontra em fase de imaturidade, pois o enfermeiro ainda é visto como um estranho.

Na segunda fase, denominada de Identificação, é importante ter conhecimento prévio das necessidades da pessoa, de modo a planear as intervenções e definir os resultados esperados. É caracterizada pela colaboração efetiva da pessoa com o enfermeiro, expressando os seus sentimentos e pelo aumento da sua autoconfiança (Abaraci & Tas, 2019).

No que respeita à fase de Exploração, a pessoa já tem um sentimento de integração e pode-se verificar uma maior independência por parte deste no uso de recursos disponíveis para resolução de problemas. Nesta fase a relação terapêutica encontra-se bem desenvolvida e sustentada, sendo o enfermeiro visto como uma pessoa de referência (Abaraci & Tas, 2019).

A fase final denominada de Resolução, de acordo com os autores supracitados é caracterizada pela resolução dos problemas, tendo atingido os seus resultados esperados. É importante definir bem os papéis de cada interveniente na primeira fase, pois pode criar-se uma relação prejudicial e de grande dependência, pelo que, nesta

última fase a rutura da relação ou afastamento pode ser difícil para ambos. Assim, ao longo das fases anteriores deve-se procurar autonomizar a pessoa na relação desenvolvida com o enfermeiro.

Durante todo o processo da relação interpessoal, percorrendo todas as fases, o papel do enfermeiro pode variar, passando pelo papel de “estranho” em que deve tratar a pessoa com respeito e cortesia, pelo papel de “recurso” em que o enfermeiro responde às questões levantadas pela pessoa no que respeita à sua saúde, de “professor” em que o enfermeiro transmite conhecimentos de acordo com as necessidades auxiliando no processo de aprendizagem, de “conselheiro” no qual o enfermeiro fornece orientações e encoraja a pessoa a perceber as circunstâncias, de “substituto” no qual o enfermeiro acaba por substituir a pessoa, e de “líder” em que o enfermeiro auxilia a pessoa a assumir as suas responsabilidades de forma a atingir os objetivos.

Na área da enfermagem podemos afirmar que é essencial a administração de terapêutica, auxiliar as pessoas nos autocuidados, promover o bem-estar e a saúde, como ainda realizar ensinamentos às pessoas e respetivas famílias, capacitando-os. Contudo, Peplau introduziu uma nova variável no papel do enfermeiro e nos cuidados prestados, demonstrando que a relação com as pessoas e todos os que os rodeiam é fundamental, pois é possível influenciar diretamente os cuidados prestados através destas relações interpessoais com a nossa comunicação, que é uma das ferramentas mais importantes para o EEESMP, pelo seu potencial terapêutico.

Estas relações interpessoais, mais especificamente terapêuticas, tendo por base a confiança, respeito, ajuda, empatia para com a pessoa e família. Só assim será possível implementar as intervenções psicoterapêuticas como EEESMP, e consequentemente atingir os objetivos, em prol da melhoria de cuidados prestados e da saúde da pessoa/família e comunidade. Estas características são fundamentais na EM fazendo parte da sua metodologia, como se poderá verificar na revisão integrativa da literatura e no programa implementado abaixo descritos.

A teoria de Peplau possui uma convergência com as competências específicas do EEESMP, conforme descrito no Regulamento nº515/2018 (2018). A competência F1 destaca a importância do conhecimento e consciência de si mesmo como pessoa e

enfermeiro, o que é essencial para estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e desenvolver intervenções psicoterapêuticas para alcançar os resultados esperados.

Além disso, as competências F2, F3 e F4 também se relacionam com a teoria de Peplau, pois o EEESMP deve assistir, ajudar e prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, visando a melhoria da saúde mental e/ou a sua recuperação.

A teoria de Peplau destaca a importância da relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, especialmente em casos de patologia mental. O EEESMP deve desenvolver habilidades como empatia, individualidade, autoconhecimento e respeito para fornecer cuidados centrados na pessoa e promover a saúde mental em todas as fases do processo de cuidar.

Em resumo, a teoria de Peplau é uma base importante para o EEESMP, permitindo a construção de uma relação terapêutica com a pessoa e fornecendo intervenções psicoterapêuticas adequadas para promover a saúde mental e ajudar a pessoa a enfrentar as transições de forma saudável.

Tendo em conta o que foi escrito neste capítulo e no anterior podemos verificar que estas duas teóricas, Peplau e Meleis, contribuem de forma inegável para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, podendo afirmar-se que são a base para a prática especializada. Desta forma, a aplicação destas teorias no percurso do mestrado, mais concretamente na realização dos estágios de natureza profissional, permitiu adquirir e aperfeiçoar as competências específicas, promovendo ainda o autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

3. Contextualização da componente clínica

Neste capítulo, será realizada uma descrição dos contextos clínicos, incluindo a estrutura física, a dinâmica organizacional dos campos de estágio e alguns programas inseridos nos mesmos. O desenvolvimento profissional abordado neste capítulo ocorreu em três momentos: estágio em meio hospitalar (Estágio de Natureza Profissional I - Internamento de Agudos), estágio em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade (Estágio de Natureza Profissional II - Comunidade) e estágio em uma unidade especializada (Estágio de Natureza Profissional III - Unidades Especializadas: Reabilitação).

3.1 Estágio de natureza profissional I – Internamento de agudos

O estágio de natureza profissional I - internamento de agudos decorreu entre 16 de janeiro e 24 de fevereiro de 2023, num serviço de internamento de psiquiatria, num hospital da zona Norte.

O Hospital em questão integra o Sistema Nacional de Saúde (SNS) desde 2011 contando já com uma nova estrutura física com uma área de construção de 140.000 m², e uma capacidade de internamento até 705 camas.

Este hospital tem como objetivo dar resposta a cerca de 1.2 milhões de pessoas residentes, disponibilizando uma equipa multidisciplinar na área da saúde.. Tem como valores o respeito, o desenvolvimento humano, competência, responsabilidade, paixão, compromisso e inovação.

O serviço de internamento de psiquiatria conta com 38 camas para internamento proveniente tanto do serviço de urgência como da consulta externa, podendo ser em regime voluntário ou involuntário. O número de camas está dividido em 2 setores espelhados, sendo que 19 pertencem à ala masculina e as outras 19 à ala feminina.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, com colaboração de outras especialidades, secretária de unidade, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais, assistentes sociais, funcionárias de limpeza, seguranças, psicólogas, 1 enfermeira gestora, 12 enfermeiros generalistas e 8 EEESMP.

Os EEESMP têm sempre turnos escalados durante o dia de forma a poderem dar resposta às intervenções psicoterapêuticas. Essas intervenções são definidas a

cada 2ª feira, para execução durante os 5 dias da semana, consoante a população presente e as suas necessidades. Essas intervenções são grupais, e são realizadas de forma intercalada à população masculina e posteriormente à feminina.

Para registo das intervenções psicoterapêuticas executadas é ainda utilizado o formato papel, pois no Hospital no qual foi realizado o estágio de natureza profissional é utilizado um sistema informático como sistema de informação, que apresenta como lacunas a falta de intervenções psicoterapêuticas e diagnósticos de enfermagem para registo. Essa lacuna permitiu desenvolver um projeto de gestão para implementação no serviço de internamento de psiquiatria e na consulta externa, que será abordado posteriormente neste relatório.

Uma das competências do EEESMP é a referenciação de pessoas, e como tal não poderia faltar, existe um turno semanal (4ª feira de manhã) destinado a um EEESMP para tal, com gabinete próprio no exterior do internamento, onde é possível referenciar as pessoas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados no âmbito da saúde mental.

Ainda na área de saúde mental e psiquiatria, o Hospital integra uma unidade de hospital de dia que funciona de 2ª a 6ª feira no período diurno, e que conta com auxiliares e 1 EEESMP como recursos humanos. O EEESMP tem um papel importante na execução das intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas e psicoeducativas, individuais ou grupais na população constituída por 12 pessoas encaminhadas pelo EEESMP ou psiquiatras quando estes ainda se encontram internados. O Hospital conta ainda com a consulta externa de psiquiatria tendo como recursos humanos, os médicos psiquiatras, psicólogos e 1 EEESMP. Este EEESMP faz o acompanhamento das pessoas que se encontram no domicílio, incluindo aqueles que se encontram em tratamento involuntário em regime ambulatorio. No acompanhamento são realizadas consultas de vigilância do seu estado mental, de forma a ser possível uma atuação mais rápida em caso de alterações, são também dedicadas à administração de terapêutica injetável de libertação prolongada, bem como capacitação da pessoa e família para a adesão e gestão do regime terapêutico.

3.2 Estágio de natureza profissional II – Comunidade

O estágio de natureza profissional II em contexto de comunidade, decorreu entre 26 de fevereiro e 14 de abril de 2023, numa Unidade de Cuidados na

Comunidade (UCC) numa Unidade Local de Saúde (ULS) também na região Norte, dando resposta a 26.833 pessoas residentes na sua área.

Uma UCC tem como o objetivo fornecer cuidados de saúde e apoio psicológico e social a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis. Estas atuam a nível de educação para a saúde, integração em redes de apoio familiar e implementação de unidades móveis de intervenção, assegurando recursos que melhoram ou preservam a qualidade de vida, autonomia e bem-estar, promovendo comportamentos saudáveis, apoiando a mudança de comportamento e alcançando ganhos em saúde.

O horário de funcionamento é das 08h00 às 20h00 de segunda-feira a sexta-feira e das 09h00 às 17h00 aos fins-de-semana e feriados.

Tem como visão a excelência dos cuidados junto da pessoa/família e comunidade. Como valores assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas, tendo em conta as necessidades da população, tendo por base responder com padrões de qualidade de excelência, promovendo o empoderamento comunitário no plano intrapessoal, interpessoal e organizacional, e de forma equitativa. A sua missão é contribuir para a promoção e melhoria do estado de saúde da população abrangida, capacitando as pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis, e garantir a continuidade de cuidados multidisciplinares em articulação com as unidades pertencentes à ULS, Câmara Municipal e outras estruturas autárquicas bem como outras instituições de solidariedade social (Ministério da Saúde, 2023).

A unidade é constituída por 8 gabinetes, partilhados pela equipa multidisciplinar. Em termos de recursos humanos esta unidade possui: 1 secretária de unidade, 19 enfermeiros, 1 nutricionista, 1 médico, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 4 assistentes operacionais.

Relativamente aos 19 enfermeiros, estes atuam e são especializados em áreas distintas como: a Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Cuidados Paliativos; Saúde Infantil; Reabilitação e Saúde Comunitária, sendo que 3 são EEESMP que atuam nos seguintes programas:

-Preparação para o Parto e Parentalidade: Preparação para o parto; Bem-Me-Quer;

-Saúde Escolar: Sorrisos; DeciDIR; Inclusão; Ser +;

-Novas Metas;

-Saúde Mental: Viver com Demência; Promoção de Saúde Mental do Idoso; Cuidar o Cuidador; Intervenção na População com Perturbação Mental;

3.3 Estágio de natureza profissional III – Unidades especializadas

Este estágio de natureza profissional III decorreu entre 17 de abril e 26 de maio de 2023, tendo como lugar Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental (GIS) pertencente a uma unidade de saúde privada na região Norte, que dá resposta às pessoas residentes no concelho a que pertence, sendo estes portadores de doença mental grave, mais especificamente de Esquizofrenia.

O horário de funcionamento é das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00 de segunda-feira a sexta-feira, encontrando-se encerrado aos fins-de-semana e feriados.

Tem como missão prestar cuidados diferenciados e humanizados em saúde mental e psiquiatria, mantendo as melhores práticas clínicas, com qualidade, eficiência e respeito pela individualidade da pessoa, de uma forma humanista. Como valores tem a sensibilidade para com os excluídos, o serviço aos doentes e necessitados, acolhimento libertador, a saúde integral, qualidade profissional, humanização dos cuidados e a ética em toda a atuação. A sua visão é ser uma instituição com intervenção especializada em saúde mental inserida na comunidade, tendo em conta as necessidades da população, como os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica, social, relacional e espiritual da pessoa assistida (Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental, n.d.).

Quanto aos recursos humanos, são constituídos por uma equipa multidisciplinar, estando incluídos: 1 enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica; 2 psicólogas; 1 assistente social; 1 secretária de unidade; 2 assistentes operacionais e terapeutas ocupacionais.

A unidade dispõe de serviços como: Apoio Domiciliário; Consultas de Psicologia e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Formação e Integração Profissional; Formação para Profissionais de Saúde; Unidade Sócio Ocupacional. Tem como intervenções o acompanhamento da especialidade, atividades ocupacionais, formação profissional inicial, formação profissional contínua, psicoeducação, psicoterapia, reabilitação vocacional, treino de atividades de vida diária e o treino

competências sociais, destinadas a pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde.

Esta unidade dá resposta à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), do SNS, como uma unidade de cuidados continuados de saúde mental na comunidade, de forma a reabilitar a pessoa que se encontra na comunidade de uma forma holística, mas para tal, a pessoa tem de ser proposto para seguimento pelas unidades de internamento de psiquiatria do concelho.

Na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a unidade tem como projeto a Equipa de Apoio Domiciliário (EAD), cujos objetivos são: maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial; reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas; melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários; prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais; sinalizar e encaminhar situações de descompensação clínica para os serviços de saúde mental da área de residência; apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio. Tendo em conta os objetivos anteriores a EAD presta serviços nas seguintes áreas: Promoção da autonomia nas atividades básicas de vida diária; Promoção da autonomia nas atividades instrumentais de vida diária; Facilitação do acesso a atividades ocupacionais, de convívio ou de lazer; Sensibilização, envolvimento e treino dos familiares e cuidadores informais na prestação de cuidados; Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria; Supervisão e gestão da medicação. (Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental, n.d.).

Recentemente, a EEESMP implementou e coordenou um programa de promoção de saúde mental na infância, denominado de “*No Stress*”, com foco na auto-regulação de emoções, nas estratégias de *coping*, na literacia em saúde mental e outros, aplicado a 2 turmas de alunos do 4º ano de escolaridade, do qual tive a oportunidade de colaborar.

4. Pressupostos teóricos orientadores do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

A competência profissional refere-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de um profissional de saúde, que é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados. É importante que o EEESMP possua competências comuns a outras especialidades, bem como competências específicas à sua área de atuação. A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabeleceu um regulamento que define as competências do enfermeiro especialista, reconhecendo sua capacidade científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados.

Os enfermeiros especialistas compartilham competências comuns, como a instrução à pessoa cuidada e colegas, a liderança e a orientação, além de promoverem e realizarem pesquisas relevantes para a melhoria contínua da prática de enfermagem. Essas competências, juntamente e com as específicas do EEESMP, são essenciais para fornecer cuidados de excelência na área de saúde mental e psiquiatria.

O desenvolvimento contínuo de competências, ao longo dos estágios, contribui para uma melhor prestação de cuidados e maior segurança nas tomadas de decisão por parte do enfermeiro especialista.

4.1 Os Domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas

O EEESMP tem de dar resposta a várias competências estabelecidas pela OE, podendo essas ser comuns às várias especialidades ou específicas a esta. Quanto às competências comuns dos enfermeiros especialistas são identificados quatro domínios de acordo com o Regulamento nº 515/2018 (2018):

1)“Domínio da responsabilidade profissional e ética legal” (A1, A2 e A3):

- O enfermeiro especialista deve no seu quotidiano praticar a sua profissão de respeitando as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, não descorrendo o respeito, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (OE, 2019).

2)“Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” (B1, B2 e B3):

- O enfermeiro especialista deve participar, desenvolver e dinamizar estratégias e programas que promovam a melhoria contínua, a prática de qualidade, e gestão de um ambiente terapêutico e seguro a sua prática profissional. (OE, 2019).

3)“Domínio da gestão de cuidados” (C1 e C2):

- O enfermeiro especialista deve garantir uma gestão de cuidados de enfermagem com o objetivo de manter a sua continuidade, bem como manter a sua qualidade e ainda otimizar a gestão de recursos. (OE, 2019).

4)“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (D1 e D2):

- O enfermeiro especialista deverá basear a sua prática clínica na melhor evidência científica disponível, sendo ainda capaz de ter um pensamento crítico e capaz de desenvolver o seu autoconhecimento. (OE, 2019).

4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional e ética legal

Numa sociedade onde a ciência está em constante progressão e evolução, tanto a humanização dos cuidados como os princípios éticos passaram a ser temas cada vez mais falados. O autor Hans Jonas (2006) identifica a ética como uma visão em que os pressupostos fundamentais são a dignidade humana e a responsabilidade dos profissionais inerentes, e em que o único valor normativo no relacionamento humano é o exercício da liberdade ética individual.

A profissão de enfermagem tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, considerada única e singular, com experiências de vida próprias. A ética é um elemento fundamental na área da saúde, levantando várias questões sobre princípios morais, valores e conduta. A bioética baseia-se em quatro princípios: autonomia, justiça, beneficência/não-maleficência e vulnerabilidade.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE (2019), os enfermeiros especialistas detêm uma responsabilidade Ética e legal como competência, sendo a “A2.1 – Promove a proteção dos direitos Humanos” e a “A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, e todos devemos estar bem cientes desta responsabilidade, porque todo o ser humano deve ser respeitado na sua dignidade, privacidade, segurança e proteção, pois o contrário seria um atentado aos direitos do ser humano.

Como forma de obedecer ao domínio da responsabilidade profissional e ética legal, nota-se que em todas as especialidades da área de enfermagem, existem também unidades curriculares comuns a todas elas, neste caso, a de ética e deontologia profissional. Nesta unidade curricular foram abordados os aspetos éticos em sala de aula como direitos e deveres da pessoa e princípios da bioética.

No que respeita aos direitos da pessoa, estes encontram-se na Lei de Bases da Saúde publicado na Assembleia da República (2019), apresentando alguns como: o respeito pela dignidade humana; o direito a receber os cuidados apropriados face à sua situação de saúde; o respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito à informação; dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer procedimento; como ainda o direito à privacidade e confidencialidade; apresentar sugestões; o direito a privacidade, segurança e dignidade humana; o direito ao acompanhamento; entre outros.

Contudo, devemos também ter sempre em consideração os seguintes cinco princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e vulnerabilidade.

De acordo com Beauchamp e Childress (1994), o princípio da autonomia, é visto como a capacidade de decidir aquilo que é melhor para si, usufruindo da sua liberdade e autodeterminação quanto ao seu projeto de vida ou de saúde. Ou seja, quando falamos de uma pessoa, entendemos que este é uma pessoa livre, capaz de decidir por si e de fazer escolhas.

O princípio da beneficência defende que se deve fazer o bem aos outros. Este princípio da necessidade de proteger e defender os direitos dos outros, prevenir dano, ajudar pessoas deficientes, e resgatar pessoas em perigo (Frankena, 1963).

Quanto ao princípio da não-maleficência, o código deontológico dos enfermeiros, propõe que este é um elemento do princípio da beneficência: deixar de causar o mal intencional a uma pessoa já é fazer o bem para este indivíduo. Este princípio surgiu perspetivado na forma de não fazer mal, sobretudo de não causar dano e, assim, designa-se como princípio da não maleficência. Alguns autores defendem que não causar dano é mais imperativo, e mais obrigatório do que a exigência de promover o bem (OE, 2015).

Beauchamp e Childress (1994), referem que o princípio da justiça é a expressão da justiça distributiva, sendo a distribuição justa, imparcial e apropriada, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social.

O princípio da vulnerabilidade é o conceito bioético mais recente, surgindo da constatação que alguns grupos de pessoas como doentes mentais, crianças e doentes em coma, encontram-se vulneráveis sob o ponto de vista da sua integridade física ou mental, portanto, estando muito ligado à saúde mental no caso dos internamentos involuntários.

A nossa vulnerabilidade perante a doença que nos coloca na situação de pessoas em necessidade reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. E, podendo existir vulnerabilidade temporária ou definitiva, vão sendo apontados grupos vulneráveis como as crianças, os idosos, os deficientes e os doentes inconscientes (OE, 2015, p. 60).

É importante destacar que a autonomia das pessoas pode ser afetada em algumas situações, como no caso de internamentos involuntários. Nesses casos, é necessário equilibrar o respeito pela vontade da pessoa com a proteção do bem-estar pessoal e coletivo.

Este internamento involuntário está previsto na Lei de Saúde Mental (Diário da República, 1998). Segundo esta Lei é possível internar uma pessoa contra a sua vontade, desde que este não esteja capaz de decidir e coloque a sua vida ou a de terceiros em risco, como também na destruição de património, e a sua aplicação carece simultaneamente de decisão clínica e de decisão judicial. Nestas circunstâncias para se proceder a um internamento compulsivo, necessitam de estar reunidos determinados pressupostos descritos no artigo 12º da Lei de Saúde Mental n.º 36/98 do Diário da República (1998).

No artigo 8º da Lei de Saúde Mental do Diário da Republica (1998), é possível encontrar os princípios gerais do internamento compulsivo. O recurso a este tipo de internamento deve ocorrer como última linha de atuação e logo que possível, deve ser substituído pela do tratamento voluntário. De acrescentar ainda que é destinado à pessoa que recusa o tratamento, em situações em que está em risco a sua própria

saúde ou a de terceiros, sem que a mesma seja capaz de avaliar essa mesma necessidade.

Além desta lei, estão muitas outras publicadas na Lei de Saúde Mental no Diário da República (1998). No seu artigo 5º, encontram-se descritos os direitos e deveres específicos dos utentes de saúde mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho, 1998).

No decorrer dos estágios, foram observados diferentes casos de doença mental, e a ética desempenhou um papel importante na tomada de decisão em cada situação. O princípio da autonomia foi respeitado, procurando sempre o consentimento informado das pessoas. O princípio da justiça visou a distribuição equitativa de recursos. A beneficência assegurou o bem-estar das pessoas, enquanto o princípio da não-maleficência evitou causar danos.

No decorrer dos estágios, o sigilo profissional foi respeitado, protegendo os direitos das pessoas. A prática ética e legal do EEESMP envolve considerar a pessoa como um todo e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Em conclusão, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é essencial para a prática do enfermeiro especialista. A ética é essencial em todas as decisões clínicas, respeitando a dignidade e as vontades da pessoa, enquanto garante a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

4.1.2 Domínio da gestão de cuidados

De forma a responder a este domínio, foi desenvolvido um projeto (Apêndice I), que teve como objetivo responder aos domínios supracitados (B1, B2, C1 e C2) com a sua elaboração, aplicação e formação aos enfermeiros especialistas do serviço a 16/02/2023 no estágio de natureza profissional I, mas também poder contribuir para a melhoria da prática clínica de cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas dos serviços de internamento de agudos, hospital de dia e consulta externa da unidade hospitalar em questão.

No hospital encontra-se em vigor um sistema informático que responde à necessidade de registos e processos clínicos. Quanto ao processo clínico e registos de intervenções na área da enfermagem, foram verificadas lacunas referentes às intervenções psicoterapêuticas, aos diagnósticos de enfermagem, sendo estes muito escassos no sistema operativo tendo em conta o vasto leque existente. A necessidade

da existência de registo destas intervenções psicoterapêuticas era transversal à consulta externa, ao hospital de dia e ao internamento de psiquiatria.

Deste modo, de acordo com a necessidade expressa pelo contexto e enfermeiros gestores, e procurando responder às competências estipuladas pela OE neste domínio, foram elaboradas e esquematizadas as intervenções psicoterapêuticas com os respetivos diagnósticos, para que fossem sugeridas as alterações ao conselho de administração e gestão intermédia da unidade.

Foi-nos solicitado a identificação das intervenções psicoterapêuticas existentes, e posteriormente, a identificação dos diagnósticos aos quais as intervenções dariam resposta. Para tal, foi realizada uma pesquisa e fundamentação teórica do projeto recorrendo à Nursing Interventions Classification (NIC) de Bulechek et al. (2011); ao Modelo de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem (MIPE) de Sampaio et al. (2018); e ao livro de Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções de Sequeira e Sampaio (2020).

Este projeto foi elaborado com o intuito de melhorar a continuidade e qualidade de cuidados para o contexto específico da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Desta forma, foi então possível dar resposta ao domínio da gestão do Regulamento no Diário da República. De forma a ser possível gerir, assegurar e garantir a qualidade dos cuidados é necessário elaborar um plano de cuidados e efetuar o seu registo, mas tal não é possível se as opções de registo não se encontrarem disponíveis.

De forma a concluir, é de ressaltar a importância dos registos porque sem estes não é possível gerar dados. Consequentemente estes dados permitem parametrizar indicadores, realizar estudos, garantir uma continuidade e qualidade de cuidados, verificar ganhos em saúde com os resultados obtidos, melhorar rácios de recursos humanos por ser possível mensurar tempo despendido e proporcionar uma maior valorização profissional.

Já no estágio de natureza profissional II, numa UCC, ainda no âmbito da gestão de cuidados, após negociação com a tutora, foi possível colaborar na elaboração de um manual de boas práticas voltadas para intervenção junto aos cuidadores informais, denominado por "Manual de Boas Práticas de Cuidados Especializados - Cuidar o Cuidador" (Apêndice II).

O objetivo foi dar resposta, uma vez mais, a uma necessidade identificada pela Enfermeira EESMP na UCC, por forma a padronizar os cuidados prestados a esses cuidadores na ULS, tornando possível em várias instituições, uniformizar as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. Assim sendo, a uniformização das intervenções, permite que qualquer EEESMP possa assegurar uma correta execução de intervenções e de forma universal a todas as instituições envolvidas e pertencentes à mesma ULS. Esse manual de boas práticas teve como foco o planeamento de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas aos cuidadores informais para uma posterior implementação e avaliação. Desta forma é possível concluir que uma linguagem e uma prática clínica universal permitem uma melhoria e continuidade de cuidados, sendo ainda possível ser interpretada da mesma forma pelos nossos pares.

Em resumo, os projetos visaram abordar o domínio da gestão otimizando as respostas das equipas e garantindo a qualidade e segurança das intervenções. Além disso, está alinhado com o domínio da melhoria contínua, promovendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Os projetos em questão irão aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental por meio de indicadores sensíveis aos cuidados, sendo este um aspeto essencial das competências do EEESMP.

4.1.3 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é uma das competências comuns que deve fazer parte do EEESMP, estando regulamentado no Regulamento nº 515/2018 (2018) publicado no Diário da República, com o código D1 “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e D2 “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Como mestrando em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tive a oportunidade de realizar formação contínua no contexto do estágio de natureza profissional I. Esta formação, cuja apresentação consta no apêndice III, acerca do trabalho de gestão acima descrito (Apêndice I), foi realizada em dois momentos para dois público-alvos diferentes: um primeiro ao supervisor clínico de estágio e 10 estudantes do mestrado; um segundo para a enfermeira chefe e 4 EEESMP do serviço de internamento de agudos.

De notar que o projeto foi bem recebido e elogiado pelos públicos-alvo das formações, tendo sido considerado um trabalho de excelência e de grande importância para a prática clínica do contexto, pois irá implicar: Medir tempo de cuidados prestados de forma a otimizar rácios; Obter dados para estudos de investigação; Promover a melhoria de cuidados especializados; Melhorar a continuidade de cuidados; Promover a qualidade e segurança dos cuidados ; Cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados especializados; Valorização profissional.

5. Cuidar da pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica em diferentes unidades de cuidados: das atividades desenvolvidas às competências específicas adquiridas

O EEESMP dedica-se à promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção em processos de transição que causam sofrimento ou doença mental. As suas competências abrangem habilidades psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, permitindo construir uma relação de confiança com a pessoa. Estas práticas devem ser aplicadas com base na evidência através de projetos que envolvam investigação, síntese de evidência e a melhor implementação da mesma, permitindo o aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades. O EEESMP tem ainda como competências prestar assistência ao longo do ciclo de vida do indivíduo, família e comunidade, promovendo, melhorando a saúde mental e promovendo a recuperação funcional.

O EEESMP desempenha um papel mediador, orientando a pessoa para uma participação ativa na sociedade, estabilizando a doença e promovendo sua autonomia. Além disso, o EEESMP atende às necessidades e expectativas da pessoa e/ou família, facilitando uma tomada de decisão direcionada e promovendo a saúde mental.

Ao longo dos estágios, tive a oportunidade de desenvolver essas competências em diferentes contextos, adaptando às necessidades específicas das pessoas e comunidades atendidas, juntamente com o desenvolvimento de uma tomada de decisão sustentada no pensamento crítico

Em suma, o papel do EEESMP é fundamental no cuidado de pessoas com alterações de saúde mental e psiquiátrica, promovendo a satisfação das necessidades e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas e suas famílias. O contínuo desenvolvimento de competências é essencial para aprimorar a qualidade dos cuidados e o bem-estar da pessoa.

5.1 Cuidar da pessoa em internamento de agudos

. O estágio de natureza profissional I foi desenvolvido no serviço de internamento de agudos, abordado anteriormente.

Desta forma quanto aos objetivos do desenvolvimento dos domínios da gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foram atingidos

através de um projeto e da sua apresentação no serviço, melhorando assim todo o processo de enfermagem, como se encontra supracitado nos subcapítulos 3.2 e 3.3.

Foram realizadas as seguintes atividades relevantes: realização de entrevista clínica; realização do processo de enfermagem; realização de intervenções psicoterapêuticas; Aplicação do processo de enfermagem;

Uma das intervenções psicoterapêuticas realizada foi o relaxamento (Apêndice IV) a um grupo de 3 pessoas que apresentavam sintomatologia semelhante, mais especificamente a insónia e a ansiedade, que era uma necessidade identificada nas pessoas assistidas, tendo sido aplicadas as escalas de ansiedade de Hamilton de 14 itens e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh em 2 momentos (antes da intervenção e após os 5 dias da intervenção). Estas sessões foram realizadas num *setting* adequado. As sessões foram realizadas diariamente durante os 5 dias úteis da mesma semana, e variavam entre a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificado e a técnica de imaginação guiada. Após a execução da intervenção, através dos instrumentos de avaliação, foi possível notar um impacto positivo, visto que o score médio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (João et al., 2017) era 12,33 e posteriormente à intervenção apresentaram um valor médio de 9,33. Já na Escala de Ansiedade de Hamilton (Santos, 2021) 14 itens também se verificou uma melhoria quanto ao score médio, passando de 28 na avaliação inicial, para 23,67 na avaliação final.

Ainda durante este estágio apliquei o processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação) a 4 pessoas assistidas abaixo mencionadas, podendo intervir desde o momento da admissão até ao momento da alta. Estas 4 pessoas são parte da implementação de uma prática de cuidados baseado na evidência que está descrita na Parte II deste relatório de forma mais pormenorizada. Além de utilizar a EM para a adesão ao regime terapêutico e consequente melhoria no humor depressivo, foram executadas também intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Foram realizadas entrevistas clínicas e de avaliação inicial com o objetivo de recolher dados e identificar diagnósticos de enfermagem, seguir com o planeamento de cuidados, implementação de intervenções e avaliação das mesmas, promovendo cuidados personalizados e centrados na pessoa.

Quanto ao Sr. ASP, no momento da admissão através da escuta ativa e entrevista clínica foram identificados como diagnósticos de enfermagem, ansiedade presente, insónia inicial presente, humor depressivo, risco de suicídio presente, ideação suicida presente, *coping* ineficaz, falta de apetite, ferida traumática auto lesiva pulso presente e dor dorso presente. Tendo em conta os diagnósticos foram executadas como intervenções a escuta ativa para identificar os focos a intervir, a relação de ajuda formal para melhorar as estratégias de *coping*, psicoeducação para aumentar a literacia em saúde mental e reestruturação cognitiva para alterar os esquemas cognitivos. Para monitorizar as melhorias do diagnóstico em forma de avaliação de resultados foram utilizados instrumentos de avaliação, aos quais apresentou melhorias em todos os scores obtidos, como se pode ver no Apêndice V onde se encontra o processo de enfermagem completo.

No que respeita à Sra. ADVB, no momento da admissão através da escuta ativa e entrevista clínica foram identificados como diagnósticos de enfermagem, ansiedade presente, insónia inicial presente, humor depressivo e o *coping* ineficaz. De acordo com os diagnósticos foram executadas como intervenções a escuta ativa para identificar os focos e planear as intervenções, a relação de ajuda formal para melhorar as estratégias de *coping*, psicoeducação para aumentar a literacia em saúde mental e reestruturação cognitiva por forma a alterar os esquemas cognitivos. Para verificar as melhorias do diagnóstico em forma de avaliação de resultados foram utilizados instrumentos de avaliação, aos quais apresentou melhorias em todos os scores obtidos, mas que apesar da melhoria nos resultados, a pessoa manteve todos os diagnósticos ativos como se pode ver no Apêndice VI onde se encontra o processo de enfermagem completo.

O Sr. MPPF, na admissão através da escuta ativa e entrevista clínica foram identificados como diagnósticos de enfermagem, ansiedade presente, insónia inicial presente, humor depressivo e o *coping* ineficaz. Por forma a obter os melhores resultados esperados para os diagnósticos acima descritos foram executadas como intervenções a escuta ativa para identificar os diagnósticos de enfermagem presentes, a relação de ajuda formal para obter e utilizar estratégias de *coping* eficazes, psicoeducação para aumentar a literacia em saúde mental e reestruturação cognitiva como forma de alterar os esquemas cognitivos referentes ao humor depressivo. Para monitorizar as melhorias do diagnóstico em forma de avaliação de resultados foram

utilizados instrumentos de avaliação, obtendo melhorias em todos os scores, mas mantendo o sono comprometido como diagnóstico ativo como se pode verificar no Apêndice VII onde se encontra o processo de enfermagem completo.

Por fim, já o Sr. MDCF no momento da admissão através da escuta ativa e entrevista clínica foi possível identificar como diagnósticos de enfermagem, ansiedade presente, insónia inicial presente, humor depressivo, *coping* ineficaz e falta de apetite. No entanto como mestrando de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica executei como intervenções a relação de ajuda formal para uma utilização de estratégias de *coping* eficazes, psicoeducação para aumentar a literacia em saúde mental quanto ao seu estado de saúde e reestruturação cognitiva para alterar esquemas cognitivos quanto ao humor depressivo, como resposta aos diagnósticos. Para monitorizar as melhorias, em forma de avaliação de resultados foram utilizados instrumentos de avaliação, aos quais a pessoa assistida apresentou redução dos valores em todos os scores, apesar de manter como diagnóstico ativo a ansiedade presente como se pode ver no Apêndice VIII onde se encontra o processo de enfermagem completo.

Finda a descrição das atividades realizadas durante o estágio de natureza profissional I no serviço de internamento de agudos de psiquiatria, afirmo ter cumprido todos os objetivos a que me propus. Além destes objetivos, desenvolvi ainda como competências do EEESMP do Regulamento nº515/2018 (2018):

1) (F1.1) “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”.

Esta competência foi adquirida durante o ensino clínico com a aplicação das intervenções supracitadas como a escuta ativa, relação de ajuda formal, reestruturação cognitiva, psicoeducação e relaxamento, estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa que foi melhorando com a sua prática.

2) (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”

Por forma a desenvolver esta competência, a experiência de executar a escuta ativa como intervenção a várias pessoas, permitiu melhorar a recolha de informações importante através da história da pessoa com principal foco na saúde mental promovendo uma anamnese adequada ao contexto.

3) (F3.1) “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”

Com a execução da escuta ativa, auxiliada pelas técnicas de comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica, foi possível realizar uma anamnese detalhada, criando a oportunidade de identificar focos e diagnósticos de enfermagem descritos nos casos clínicos acima.

4) (F3.2) “identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”

Com a prática do planeamento de cuidados que podem ser observados nos apêndices, foi possível melhorar a identificação de resultados esperados de uma forma realista, refletindo-se na melhoria dos scores obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados.

5) (F3.4) “realiza e implementa um plano de cuidados individualizados em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”

De acordo com os apêndices, onde foram apresentados todos os processos de enfermagem, englobando a identificação de diagnósticos, planeamento das intervenções, e conseqüentemente a avaliação de resultados, é possível dizer-se que esta competência foi adquirida com sucesso.

6) (F4.1) “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”

Por forma a dar resposta a esta competência, executei intervenções de psicoeducação em quatro casos clínicos supracitados e que podem ser observados nos apêndices correspondentes.

7) (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 á situação”

Como se verifica tanto nos casos descritos como nos apêndices correspondentes, esta competência foi desenvolvida através da execução da reestruturação cognitiva entre outras, que se traduziram em melhorias nos resultados

de acordo com os instrumentos de avaliação, melhorando o estado de saúde mental da pessoa.

8) (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”

Por fim, esta, foi obtida através da execução de intervenções como a relação de ajuda formal, promovendo o envolvimento do meio familiar na recuperação da pessoa. A promoção da autonomia na tomada de decisão durante as intervenções implementadas também foi relevante para o desenvolvimento desta competência, em que nos casos se pode verificar uma melhoria da funcionalidade pessoal e profissional, como se observa nos apêndices correspondentes.

5.2 Cuidar da pessoa na comunidade

No estágio de natureza profissional II, realizado numa UCC, como descrito anteriormente, tive a oportunidade de desenvolver competências fundamentais para cuidar da pessoa na comunidade.

Neste ensino clínico estabeleci como metas: o desenvolvimento de competências do EEESMP propostas; uma boa integração na equipa multidisciplinar; a integração em projetos de saúde mental implementados pela UCC; e o planeamento e realização da intervenção à pessoa com cognição comprometida e cuidador informal.

Durante o estágio de natureza profissional II, tive a oportunidade de participar em alguns projetos pertencentes à UCC mencionados no subcapítulo 3.2, mais especificamente no "Viver com Demência", "Promoção de Saúde Mental do Idoso", "Cuidar o Cuidador", "Intervenção na População com Perturbação Mental", "Novas Metas" e "Preparação para o Parto e Parentalidade", sendo que alguns eram implementados no edifício da UCC e outros no domicílio.

Ao acompanhar visitas domiciliárias, intervenções individuais e em grupo, pude desenvolver competências específicas do EEESMP, destacando a gestão de caso, a intervenção psicoterapêutica, psicoeducação e a estimulação cognitiva. (Apêndices IX e X).

Quanto ao projeto de saúde mental da preparação para o parto e parentalidade, foi-me possível apenas observar a sua implementação. Este projeto foi implementado após se verificar, por parte das enfermeiras especialistas de saúde materna e infantil, um aumento preocupante do número de mães com sintomas depressivos e alterações emocionais devido ao isolamento, solidão, medo e ansiedade causados pela pandemia Covid-19. Foram então iniciadas em novembro de 2021, sessões de grupo com foco no acompanhamento e aconselhamento dessa população, tendo como objetivo promover a literacia em saúde mental e a satisfação com a vida, mas também prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais. Além disso, procura aumentar o bem-estar, a capacidade de lidar com o stress e a resiliência. Outra meta importante é oferecer apoio no reconhecimento de sentimentos e emoções, capacitando os pais para enfrentarem, de maneira saudável, os desafios que surgem ao longo desta transição. O projeto é implementado através de 4 sessões (2 antes do parto e 2 pós-parto), planeadas para grupos de grávidas, puérperas e pais, com base na psicoeducação. No entanto, quando há necessidades específicas identificadas nos instrumentos de avaliação ou sinais de mal-estar percebidos pela equipa, o acompanhamento é realizado de forma individual em consulta de enfermagem de Saúde Mental. Desta forma, este projeto permitiu desenvolver as seguintes competências:

1) (F1.1.) "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas".

2) (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."

3) (F2.3.) "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos."

4) (F3.3.) "Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade."

5) (F4.1.) "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental".

O projeto “Novas Metas” tem como intuito a redução de comportamentos de risco e minimização de danos. É direcionado à população toxicodependente e visa prestar cuidados de saúde, oferecer acompanhamento psicossocial e orientação sociocomunitária. Por meio desse projeto, são disponibilizados serviços como lavandaria, doação de roupa, alimentação, administração de metadona sob supervisão do EEESMP, fornecimento de terapêutica para outras patologias e em caso de necessidade a intervenção social ou do EEESMP além da distribuição de material informativo e preventivo. Ele é especialmente destinado a atender às necessidades das pessoas toxicodependentes na comunidade e é promovido em colaboração com entidades locais, UCC e a Câmara Municipal, por meio das áreas de Ação Social e Saúde. Com a colaboração neste projeto foi possível obter competências como:

1) (F1.1.) "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”.

2) (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.”

3) (F2.3.) "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

4) (F3.3.) "Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”

5) (F3.5.) "Recorre a 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.”

6) (F 4.3): “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”.

Um dos programas mais significativos foi o "Viver com Demência", que procura capacitar pessoas e cuidadores para lidar com as alterações cognitivas, comportamentais e emocionais associadas a processos demenciais, com o propósito

de melhorar a qualidade de vida da pessoa com défice cognitivo ligeiro e dos seus cuidadores, o que permitiu o desenvolvimento das seguintes competências:

1) (F1.1.) "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas".

2) (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."

3) (F2.3.) "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos."

4) (F3.5.) "Recorre a 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."

5) (F4.1.) "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental".

Durante o programa anterior foi referenciado para a UCC um caso da Sra. G, reformada, que apresentava um deficit cognitivo ligeiro com score de 23 segundo o Mini Mental State Examination (MMSE) refletindo-se numa cognição comprometida, em que esta vivia com o marido reformado, e filho JP desempregado que era o seu cuidador principal. Além deste cuidador, havia ainda uma cuidadora secundária que era tia do anterior. Segundo a informação clinica e do filho a Sra. G apresentava como sinais de alerta a desorientação no tempo e espaço, e por vezes durante a noite preparava-se para sair de casa, mas quando confrontada a pessoa ficava agitada, acrescentando ainda que já por várias vezes a pessoa tinha caído. Nas sessões, durante as visitas domiciliare, foi executada a intervenção de estimulação cognitiva à Sra. G com o intuito de manter ou melhor a cognição (Apêndice IX). No entanto, também foram direcionados cuidados JP e Tia. As intervenções aos cuidados começaram por sessões de educação para a saúde e psicoeducação acerca da patologia, o seu desenvolvimento, reorganização dos espaços e identificação das roupas e objectos nos armários, a importância da alimentação e hidratação como ainda formas de comunicação assertiva e estratégias de orientação como identificação

de espaços, por forma a aumentar a literacia dos cuidadores. Após estas, foi verificada a necessidade de executar intervenções de relaxamento com os cuidadores, pois estes demonstravam sinais de ansiedade, sobrecarga do cuidador e papel do cuidador comprometido, cujas intervenções podem ser consultadas no Apêndice IX. Através das intervenções psicoterapêuticas foi notório o impacto positivo na família resultando numa melhoria na qualidade de vida significativa. O EEESMP desempenhou um papel essencial através da execução de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais como a estimulação cognitiva, relaxamento por imaginação guiada, psicoeducação e relação de ajuda formal.

O projeto de intervenção “Cuidar o Cuidador”, em que o objetivo principal é capacitar e empoderar os cuidadores informais no desempenho do seu papel, o EEESMP desempenha um papel fundamental, não apenas oferecendo apoio, mas também transmitindo conhecimento relevante, e assim promovendo a saúde mental e reduzindo a sobrecarga do cuidador informal, tornando viável a aquisição de competências como por exemplo:

1) (F1.1.) "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”.

2) (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.”

3) (F2.3.) "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

4) (F3.5.) "Recorre a 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.”

5) (F4.1.) "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”.

Durante este programa foi referenciada a Sra. ME, que era cuidadora do marido diagnosticado com demência em estadio avançado desde há 8 anos, com um aparente *Burnout* traduzindo-se em sintomatologia de ansiedade presente, perda de

apetite e insónia, tendo sido elaborado um plano que pode ser consultado no Apêndice X. Um dos fatores mais relevantes após a realização da entrevista clínica era a dificuldade financeira em que se encontrava, referindo que tal situação poderia ter como consequência a incapacidade de dar resposta às necessidades do marido. Neste sentido foi realizada uma sessão inicial para uma anamnese completa e detalhada da pessoa, onde foi possível verificar que esta era já seguida em consulta de psiquiatria no hospital com história de depressão com vários internamentos. Tendo em conta a maior preocupação e necessidade da pessoa, esta foi imediatamente para alguns serviços na comunidade com resposta social de forma a obter alguns apoios e usar os recursos disponíveis na comunidade, fazendo parte da intervenção de psicoeducação. De acordo com as dificuldades financeiras anteriormente mencionadas, a Sra. ME referiu não aderir ao plano do regime terapêutico, acrescentando que optava sempre por adquirir medicação para o marido, tendo sido assim reforçada a necessidade e a importância de cumprir o plano terapêutico. Ainda de acordo com a intervenção psicoeducativa foram realizados ensinamentos acerca da tríade insónia, humor depressivo e ansiedade, relacionando todas. Tratando-se de uma cuidadora informal, foram acrescentados ensinamentos sobre a patologia do marido (demência), o seu desenvolvimento, a importância da transferência de decúbitos e de uma boa higiene, a importância da alimentação e hidratação como ainda formas de comunicação assertiva e estratégias de orientação como identificação de espaços. Além da intervenção anterior foi também executada a intervenção de relação de ajuda formal por forma à pessoa adquirir algumas estratégias de *coping* eficazes, como a importância de ter algum familiar ou amigo como cuidador secundário para que a pessoa pudesse manter algumas atividades de lazer, visto o diagnóstico *coping* ineficaz ter sido identificado ao longo da entrevista inicial e na intervenção de escuta ativa. Foi ainda possível instruir acerca da técnica de respiração 4,7,8 para utilizar quando da presença de eventos mais stressores, mas também foi executada a técnica de relaxamento por imaginação guiada para melhoria da sintomatologia de ansiedade e insónia. Verifiquei também que para os familiares cuidadores, retirarem tempo para si, cria a sensação de abandono e não se sentem no direito de o fazer por assumir aquela função como uma obrigação diária. Ao longo das sessões e segundo a cuidadora verificou-se alguma melhoria da sintomatologia dos diagnósticos acima referidos. Apesar da sua implementação não foi possível concretizar o processo na

totalidade como ainda não foi possível obter os resultados finais, pois tanto a incompatibilidade de horários como o curto prazo do ensino clínico não o permitiram.

Conclui-se que as intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica em contexto da comunidade são de extrema importância e valor para os cuidadores informais, que enfrentam diversas dificuldades, como relações familiares, sociais e profissionais afetadas, impacto na saúde física e mental, falta de apoio de profissionais e recursos financeiros. Essas intervenções são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais e proporcionar um ambiente de apoio adequado para o desempenho do seu papel.

Por fim, pude acompanhar e assistir a 2 sessões do programa de saúde escolar DeciDIR (“Educação para os afetos e sexualidade” e “Prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância”), implementado por 1 EEESMP e 1 enfermeira especialista em enfermagem comunitária. Este programa promove competências comunicacionais, habilidades interpessoais, estratégias de *coping*, autogestão, tomada de decisão e pensamento crítico de forma sistemática, organizada e consistente, tendo como público-alvo crianças do 3º ao 9º ano das escolas abrangidas pela UCC.

A intervenção inclui sessões de Educação para a Saúde focadas no desenvolvimento de competências sócioemocionais nas seguintes áreas: Educação para os afetos e sexualidade; Alimentação saudável e atividade física; Higiene corporal e saúde oral; Hábitos de sono e repouso; Prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância; Prevenção dos acidentes e primeiros socorros. A colaboração neste programa foi fundamental para obter as seguintes competências:

1) (F1.1.) "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”.

2) (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.”

3) (F2.3.) "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos."

4) (F3.3.) "Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade."

5) (F4.1.) "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental".

Durante o estágio, participei ativamente na promoção da saúde mental na comunidade, realizando rastreios cognitivos através da aplicação do MMSE, jogos interativos de estimulação cognitiva, marcadores de livros e criando panfletos informativos com os seguintes temas: "É Cuidador e Sente-se Sobrecarregado?"; "Sem Saúde Mental não há Saúde!"; "Saiba Comunicar com a Demência?" e "A Medicação na Demência!" (Apêndice XI) para fornecer informação de suporte útil e rápido à pessoa e família, como forma de participação durante uma feira da saúde no concelho em que a UCC se inseria.

Durante este estágio foi ainda elaborado o manual de boas práticas tal como referido anteriormente no capítulo 4.1.2

O estágio na comunidade foi enriquecedor, permitindo observar o contexto das pessoas e identificar necessidades específicas. No geral, a experiência contribuiu para aprimorar as minhas competências como EEESMP e reforçou a importância do cuidado personalizado na comunidade.

5.3 Cuidar da pessoa em contextos especializados

Como referido anteriormente no subcapítulo 3.3, este estágio decorreu no Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental.

Como objetivos específicos para este estágio, foram definidos: Executar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas no domicílio e na instituição, em grupo e individuais, com o intuito de promover a reabilitação, autonomia e integração na comunidade por parte da pessoa; Executar sessões de psicoeducação aos alunos, pais e professores, e efetuar análises estatísticas do projeto-piloto "No Stress", pertencendo ao programa dedicado à auto-regulação emocional nos alunos do 4º ano letivo de um colégio; Boa relação e integração na equipa multidisciplinar.

Ainda numa fase inicial, durante as visitas ao domicílio, tive a oportunidade de implementar um processo de enfermagem (Apêndice XII) a uma pessoa com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva seguida há vários anos pelo hospital da área de residência e com história de tentativas de suicídio, episódios depressivos e múltiplos internamentos, encontrando-se já reformada por incapacidade. A Sra. SMCG era viúva e habitava apenas com a sua mãe já reformada. Numa primeira sessão foi executada a intervenção de escuta ativa para realização de uma anamnese, na qual se conseguiu identificar alguns diagnósticos como autoestima comprometida e humor depressivo, tendo a claudicação e a comparação com a sua irmã como fatores desencadeadores, e desta forma foi executada a reestruturação cognitiva para substituir os pensamentos negativos quanto à irmã pelos positivos criando uma balança de vantagens e desvantagens desta permanecer na sua vida. Quanto aos diagnósticos de enfermagem ansiedade e *coping* ineficaz identificados foi executada a relação de ajuda formal solicitando por exemplo que escrevesse aspetos positivos acerca de si mesma e que todos os dias os lesse para melhorar a sua autoestima. Ainda de acordo com esta última intervenção psicoterapêutica foi instruída a técnica de respiração 4,7,8 e foi executada a técnica de relaxamento por imaginação guiada como estratégias da diminuição da ansiedade. Por último, no que respeita ao diagnóstico capacidade para socializar comprometida que está associada à sua autoestima e ao seu humor depressivo, foi executada a reestruturação cognitiva à Sra. SMCG, e esta sugeriu que iria tentar realizar tarefas que anteriormente lhe eram prazerosas, como ir às compras, tomar o pequeno-almoço em pastelarias entre outras, e assim aumentando a possibilidade de socializar, comprometendo-se também a participar em atividades de grupos executadas pelo GIS. Contudo, visto as visitas domiciliárias e intervenções terem a periodicidade semanal, não foi possível terminar e obter os resultados finais. Desta forma, com este caso clínico foram adquiridas as seguintes competências:

1) (F1.1.): “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”;

2) (F3.5.): "Recorre a 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.”

3) (F4.1): “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”;

4) (F 4.3): “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”.

Um dos temas muito falados entre as pessoas do sexo masculino que participavam nas atividades de reabilitação e ocupacionais executadas pelo GIS, era a sexualidade, surgindo desta forma uma possibilidade de executar uma intervenção de psicoeducação em grupo acerca desta temática. Esta intervenção foi direcionada a 7 indivíduos do sexo masculino que se mostraram interessados em participar, e foi realizada apenas 1 sessão de 90 minutos (Apêndice XIII). Acerca desta temática foram abordados temas como: o que é a sexualidade; o porquê desta temática ainda ser pouco falada; algumas curiosidades em percentagens a nível mundial e em Portugal; A saúde sexual, como os meios contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis; Fatores que desenvolvem disfunção sexual; Benefícios da prática da actividade sexual a nível biológico e da saúde mental; Quais os principais problemas que surgem no homem e na mulher na prática da actividade sexual como alguns métodos ou formas que se podem proceder para diminuirmos os mesmos; conforme se pode verificar no apêndice XV. Esta intervenção permitiu-me atingir competência como:

1) (F1.1.): “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”;

2) (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”;

3) (F3.3): “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”;

4) (F4.1): “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”;

Para além das atividades descritas anteriormente surgiu a oportunidade de participar, integrando a equipa multidisciplinar, no “*No Stress*” que é um programa de promoção de saúde mental na infância e adolescência, que tem como objetivos principais promover a autorregulação emocional, como fator protetor da saúde mental, assim como a envolver a família e comunidade escolar nesta temática.

Para a concretização dos objetivos propostos para o projeto, foi definida a intervenção por uma equipa multidisciplinar, envolvendo Psicólogos e a EEESMP. A Intervenção “*No Stress*” é constituída por 12 sessões de grupo, semanais e com duração de um tempo letivo (60 minutos), orientadas pelos técnicos da equipa promotora, em regime presencial em contexto de sala de aula, tendo como público-alvo 55 alunos de 2 duas turmas do 4º ano de escolaridade básico, no ano de 2023. O “*No Stress*” contempla ainda 2 sessões formativas, presenciais para os 110 pais/encarregados de educação e 2 sessões formativas para os dois professores. A avaliação inicial realizou-se com recurso a 2 questionários aplicado às crianças, 2 questionários aplicados aos pais e ainda 1 questionário aplicado ao professor titular, respeitando os procedimentos éticos para a recolha da informação. Os resultados abaixo apresentados refletem os dados obtidos da avaliação inicial com recurso à aplicação das seguintes 4 escalas: Questionário de Capacidades e Dificuldades (Leiria, 2013) e (Miranda, 2012) aplicada aos pais e professores; Questionário de Avaliação de Perturbações Emocionais Relacionadas com a Ansiedade em crianças (Pereira e Barros, 2010) aplicada aos pais; Escala de Ansiedade Manifesta para crianças (Fonseca, 1992) aplicadas às crianças; Questionário de Avaliação do *Coping* em Crianças (Carona et al., 2014) aplicada às crianças.

No final do programa, será realizada nova avaliação com o objetivo de verificar o impacto da intervenção realizada. Na avaliação inicial realizada a 110 pais, 2 professores e 55 crianças, no Questionário de Capacidades e Dificuldades foi possível verificar que os pais identificam os problemas emocionais como maior dificuldade enquanto os professores identificam a hiperatividade. No Questionário de Avaliação de Perturbações Emocionais Relacionadas com a Ansiedade em crianças é possível notar uma similaridade nas cotações obtidas na população alvo do programa com os estudos comparativos, verificando-se também que o tipo de perturbações mais comuns são as de ansiedade, mais especificamente, as de ansiedade de separação (54,5% dos alunos com valores acima da média e 20% clinicamente significativos) e

em segundo lugar a fobia específica total (47,3% dos alunos com valores acima da média e 16,4% clinicamente significativos), cujos valores poderão estar relacionados com o impacto da pandemia Covid-19. De acordo com os resultados obtidos na Escala de Ansiedade Manifesta para crianças, constata-se que 38,2% dos alunos manifestam ansiedade numa cotação acima do normal, com maior impacto nas seguintes respostas: “Fico nervoso quando as coisas não correm da melhor forma” (Questão 2) – 80%; “Preocupo-me com o que vai acontecer” (Questão 22) – 69%; “Tenho pesadelos” (Questão 25) – 62%; “Preocupo-me que me possam acontecer coisas más” (Questão 37) – 74.5%. Por fim, no que respeita ao Questionário de Avaliação do *Coping* em Crianças, estas identificam como principal resposta a um evento stressor a ansiedade, com 51% dos alunos com resposta positiva para “elevada/muito elevada intensidade”, segue-se a tristeza com 45% e por último a raiva com 42%. Ainda de acordo com os resultados obtidos no Questionário de Avaliação do *Coping* em Crianças verificou-se que as estratégias de *coping* negativas mais utilizadas são o pensamento desiderativo (76,4 a 80% dos alunos a utilizar), a distração (67,3% dos alunos a utilizar) e o isolamento social (60% dos alunos a utilizar), enquanto as estratégias de *coping* positivas mais utilizadas são a regulação emocional (83,6% dos alunos a utilizar), o apoio social (72,7% dos alunos a utilizar) e a reestruturação cognitiva (70,9% dos alunos a utilizar), ficando evidente a necessidade de intervenção na instrução de utilização de estratégias de *coping* positivas, em substituição das negativas, conforme objetivo do “No Stress”.

O resultado da avaliação inicial permite verificar que nesta idade é possível identificar problemas emocionais e de atenção/concentração, como os mais frequentes na perspetiva dos pais e professores enquanto problemática que poderá afetar o desenvolvimento da criança. Na perspetiva das crianças, a ansiedade manifesta apresenta valores significativos, devendo ser alvo de intervenção. A vivência de eventos stressores provoca respostas como ansiedade, tristeza e raiva para os quais as crianças utilizam estratégias de *coping* positivas e negativas, sendo que as últimas são mais utilizadas, o que se traduz numa maior ineficácia na auto-regulação emocional. No entanto, após a finalização deste estágio o projeto ainda se encontra a decorrer, não havendo a oportunidade de apresentar os resultados finais. Portanto com este projeto foram desenvolvidas competências como:

- 1) (F1.1.): “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”;
- 2) (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”;
- 3) (F2.3): “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”;
- 4) (F3.3): “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”;
- 5) (F4.1): “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”.

Por fim, neste estágio de natureza profissional, como forma de reabilitar a pessoa em termos de funcionalidade para o seu quotidiano, foi ainda possível, orientar e supervisionar terapias ocupacionais específicas como: cozinhar, realizar trabalhos manuais como forma de aprimorar a motricidade motora fina, ir às compras, ir em atividades lúdicas, entre outras. Estas atividades/terapias permitiam à pessoa desenvolver competências sociais de interação, como ainda promover uma melhoria nas atividades de vida diárias, por forma a desenvolver autonomia, tornando a pessoa capaz de viver num contexto de sociedade, e assim permitir a sua desinstitucionalização.

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

Nos subcapítulos 5.1, 5.2 e 5.3 já foram relatadas algumas das atividades realizadas durante os estágios, destacando a importância dessas experiências para o desenvolvimento pessoal e profissional, e para a aquisição das competências necessárias para me tornar um EEESMP.

A consolidação dos conhecimentos teóricos é realizada por meio da aplicação prática, sendo a componente clínica um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências que atendem às necessidades de saúde atuais e específicas de cada contexto. A ligação entre os cuidados prestados e a evidência científica é cada

vez mais importante, bem como sustentar a minha tomada de decisão clínica numa Prática Baseada na Evidência (PBE). A promoção de uma prática de cuidados baseados na evidência, capacitou-me de forma efetiva, a promover o pensamento crítico, a resolução de problemas e o raciocínio clínico. A aprendizagem em contexto clínico possibilitou-me a implementação de intervenções com resultados positivos nos cuidados e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Permitiu ainda uma consolidação dos conhecimentos teóricos resultando numa prática mais segura, objetiva e de maior qualidade para a pessoa.

Os estágios são considerados fundamentais para o desenvolvimento contínuo e aprendizagem para o futuro como EEESMP.

Durante os estágios, desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista incluindo a responsabilidade profissional, ética (A1, A2 e A3), melhoria contínua de qualidade (B1, B2 e B3), gestão de cuidados (C1 e C2) e por fim o desenvolvimento profissional (D1 e D4). Além das competências comuns, também as mais específicas do EEESMP (F1, F2, F3 e F4) foram adquiridas como mencionado anteriormente. Acrescento ainda a importância destas para o meu crescimento e desenvolvimento de elementos como o autoconhecimento, o desenvolvimento pessoal e a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas. Os ensinamentos clínicos proporcionaram oportunidades para melhorar as habilidades de avaliação das necessidades de saúde mental das pessoas (identificação de diagnósticos), implementação de intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, de modo a promover a recuperação da saúde mental.

As intervenções com as pessoas foram guiadas pela melhor evidência científica, com foco em garantir a privacidade e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Os estágios em diferentes contextos (comunidade, internamento e reabilitação psicossocial) proporcionaram-me o contacto com diversas realidades e desafios, permitindo o crescimento pessoal, profissional e a aplicação de conhecimentos teóricos em situações práticas. A abordagem da enfermagem em saúde mental e psiquiatria deve considerar a pessoa como um ser biopsicossocial, e a intervenção deve ser adaptada de acordo com as necessidades e o contexto de cada pessoa. A formação e a literacia em saúde mental também foram enfatizadas para fornecer melhores cuidados à pessoa e às suas famílias. Assim sendo, este percurso

contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional como EEESMP.

Parte II- A prática de cuidados baseada na evidência

A PBE é um método de resolução de problemas na tomada de decisão clínica, incorporando a pesquisa da melhor evidência, experiência clínica e preferências da pessoa (OE, 2006). A evidência científica é fundamental para a qualidade dos cuidados e a PBE permite melhorar a prática com maior eficácia e eficiência, garantindo segurança e melhores resultados para a pessoa. A PBE é sustentada pela melhor evidência científica, competência profissional e preferências da pessoa, integrando conhecimentos de pesquisa e prática clínica para alcançar um alto nível de qualidade e eficiência no cuidado (OE, 2006).

De modo a dar resposta a uma prática de cuidados baseados na evidência foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a utilização da Entrevista Motivacional no adulto com humor depressivo, seguindo-se da sua aplicabilidade em contexto de estágios de natureza profissional.

1. Revisão integrativa da literatura: A entrevista motivacional no adulto com humor depressivo

A EM é uma abordagem de aconselhamento empático e sem confronto, na qual o clínico orienta, em vez de forçar a pessoa para a mudança, evitando a resistência e trabalhando ativamente com os pontos fortes da pessoa para construir a auto-eficácia e o resultado desejado, a mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2002).

A EM é uma das intervenções utilizadas na área de especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Segundo Sequeira e Sampaio (2020), esta, é uma técnica complexa que melhora com a sua prática, tendo por base uma comunicação colaborativa centrada na pessoa, com o objetivo de melhorar a sua motivação intrínseca para a mudança. A pessoa com humor depressivo carece naturalmente, de motivação para a mudança de comportamentos ao longo da sua vida com base nos seus objetivos, sem intervenção profissional. A entrevista motivacional é multidimensional e engloba fatores internos como impulsos e desejos e fatores externos que criam condições para a mudança. Devido a estas características, a motivação pode ser moldável, e nós, como profissionais de saúde temos como ferramenta a entrevista motivacional, utilizada em estilo de conversação construtiva de aconselhamento, tendo por base uma relação terapêutica. A escuta ativa e a empatia são utilizadas de forma a compreender a pessoa, minimizando a sua resistência à mudança através de objetivos do seu interesse, moldando a razão ou o desejo de ação para a mudança.

A entrevista motivacional como intervenção segundo Sequeira e Sampaio (2020), pressupõe vários estadios, que são importantes para o desenvolvimento da mesma, proporcionando a possibilidade ao profissional de saúde de se situar e executar as intervenções que correspondem a cada uma delas, denominando-se por pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Para implementar esta intervenção é fundamental ter em conta os quatro princípios-chave: expressar empatia de forma a colocar-se no lugar da pessoa vendo o mundo como ela; desenvolver discrepâncias para que a pessoa perceba em que ponto se encontra versus onde deseja estar e assim motivá-lo à mudança através da discrepância; lidar com a resistência de forma a acompanhar o indivíduo na sua ambivalência, não argumentando contra este, pois o confronto não deverá ser entre o enfermeiro e

pessoa, mas sim interno ao último, aditando estratégias e autonomia para o resolver; por último, reforçar a auto-eficácia, sendo esta a chave fundamental na motivação para a mudança, emponderando o próprio a crer na sua capacidade para a modificação de determinado comportamento. Cabe à pessoa a responsabilidade de escolher e ter iniciativa para a mudança, pois se este não tiver a crença nele próprio, a probabilidade de a intervenção ser bem-sucedida é reduzida.

Por fim, segundo os autores supracitados são destacadas cinco estratégias que poderão igualmente ser consideradas técnicas de comunicação, para a primeira fase da EM, designados por: questões abertas, escuta reflexiva, reforçar/apoiar, sumariar e evocar discurso de mudança. A EM pode ser uma ferramenta importante no tratamento da perturbação depressiva, pois, segundo Balán et al. (2013), uma das grandes preocupações que se tem vindo a registar é a não adesão ao regime terapêutico por parte dos indivíduos com perturbação depressiva, e que alguns estudos apontam para 50% o número de abandono de terapêutica nas diferentes fases do tratamento, e ainda, que 30% das pessoas com depressão descontinuem o tratamento após um mês.

Segundo Medrano-Martinez et al. (2018) e a APA (2014), as perturbações de humor têm como característica a alteração do humor ou afeto, adicionalmente, do comportamento, a forma de sentir e pensar, impactando assim as funções cognitivas, e prejudicando tanto a atenção como a velocidade de processamento da informação, a comunicação verbal e a resistência a estímulos, podendo estes ser de carácter depressivos ou de elação de humor.

No caso da perturbação de humor depressiva apresentam como sintomas, ideação suicida, a diminuição de volição que é caracterizada pela falta de motivação para executar tarefas ou comportamentos e isolamento social, com impacto na realização das suas atividades de vida diárias. Medrano-Martinez et al. (2018), estimam que 8% da população adulta poderá vivenciar estas perturbações de humor em algum momento da vida, tornando-se assim uma temática de relevo para estudo de intervenções que poderão ser importantes para a melhoria do humor e sobretudo no emponderamento e na modificação de comportamentos para uma melhor adesão ao regime terapêutico.

Entende-se por adulto a pessoa com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, ou seja, entre a população adolescente e a população idosa, tendo já atingido o desenvolvimento físico, mental e emocional, como a maioria à vista do artigo 130º do Decreto-Lei n.º 47344 presente no Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25 do Diário da República Eletrónico.

Esta revisão, além de procurar um mapeamento da evidência sobre uma temática que resulta da reflexão relacionada com os cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, também pretende assimilar e integrar o processo de PBE, através da formulação seguinte questão para a revisão:

- Qual o impacto da entrevista motivacional na pessoa adulta com perturbação do humor?

Tendo em conta a questão de revisão acima, com esta revisão procurei responder aos seguintes objetivos:

-Identificar o impacto da entrevista motivacional na pessoa adulta com humor depressivo

-Identificar as etapas da entrevista motivacional mais descritas na literatura

1.1 Método

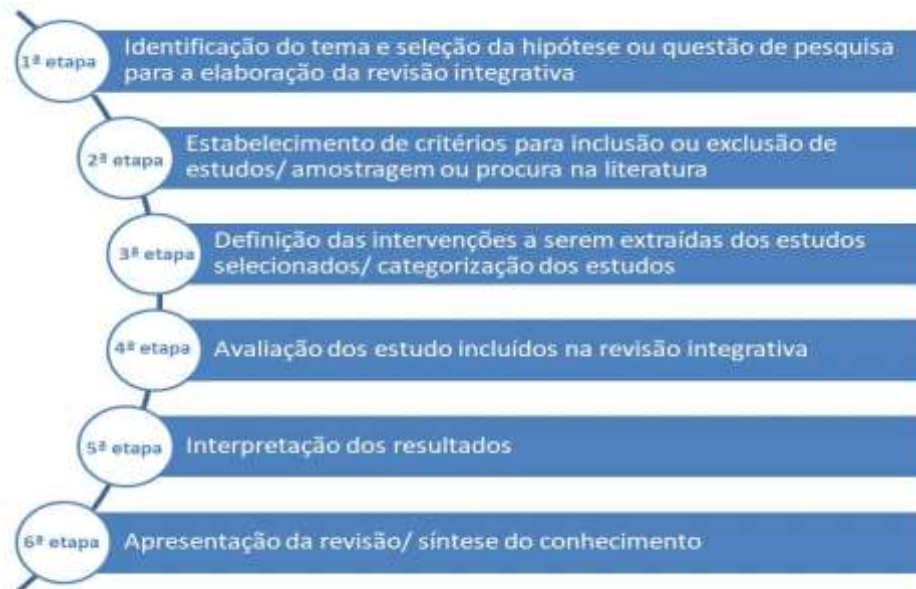
A Prática Baseada na Evidência surge como um processo através do qual os enfermeiros tomam decisões clínicas com base na melhor evidência científica, na sua experiência clínica e nas preferências da pessoa no contexto dos recursos disponíveis (DiCenso, et al., 2010).

Uma revisão de literatura segundo Donato e Donato (2019), exige uma pesquisa minuciosa e reproduzível num conjunto de recursos para identificar o máximo possível de estudos. Existem diversas fontes que podem ser consultadas para uma revisão. Donato e Donato (2019), acrescentam que as bases de dados bibliográficas costumam ser a primeira opção, pois indexam um elevado número de revistas científicas e podem ser facilmente consultadas.

Este estudo tem como método a revisão integrativa de literatura, de acordo com 6 etapas sugeridas por Mendes et al. (2008), representadas na Figura 1 com a minha autoria:

Figura 1

Etapas da Revisão Integrativa da Literatura



Para a elaboração da questão de revisão foi utilizado o método PICO que representa um acrónimo para População, Intervenção, Comparação e Outcomes (Resultados). Foi então estabelecida a seguinte questão: Qual o impacto da entrevista motivacional na pessoa adulta com humor depressivo? A Tabela 1 apresenta a questão de investigação conforme o método PICO, tendo por base os quatro componentes do mesmo.

Tabela 1

Questão de investigação segundo o modelo PICO

| População | Intervenção | Compara ção | Outcom es |
|------------------------------------|-------------------------|----------------|--------------|
| Pessoa adulta com humor depressivo | Entrevista motivacional | | Impacto |

A questão acima tem como finalidade dar resposta aos seguintes objetivos: a) Identificar o impacto da entrevista motivacional na pessoa adulta com perturbação depressiva; b) Identificar as etapas da entrevista motivacional descritas na literatura.

Tendo em conta a questão apresentada anteriormente foram definidos dois descritores (DeCS/MeSH): Transtorno depressivo / Depressive disorder e Entrevista Motivational / Motivational Interviewing. Estes descritores, sintetizam os conceitos ou as variáveis investigadas na presente revisão (Costa & Zoltowski, 2014).

Estes descritores, segundo Akobeng (2005), são a equação de pesquisa de bibliografia e são fundamentais para a recolha de dados. Combinando os descritores e os operadores booleanos “AND” permite que apenas os artigos contendo os dois descritores sejam obtidos, que será o caso deste estudo. Assim, a frase booleana foi a seguinte: “Motivational Interviewing” AND “Depressive Disorder”.

A equação de pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Plus Collection, Nursing & Allied Health Collection – Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina através do motor de busca EBSCOhost.

O processo de pesquisa de acordo com Meline (2006), é baseado nos critérios de elegibilidade que os revisores estabelecem antes de iniciar o processo de identificação. Os critérios de elegibilidade especificam quais estudos serão incluídos e quais serão excluídos, embora estes possam estar sujeitos a mudanças à medida que o revisor avança nas fases iniciais do processo. Alguns dos critérios são fundamentais para recolher um conjunto rigoroso e irrefutável de dados para a revisão. Foi então necessário estabelecer os seguintes critérios de inclusão e exclusão na pesquisa de informação, disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2

Critérios de inclusão e exclusão

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Artigos dos últimos 10 anos, de 2013 a 2022 (tendo em conta que nos últimos 5 anos existem poucos artigos acerca do tema); -Artigos escritos em português e inglês; -Artigos de acesso livre; -Artigos disponíveis em textos completos; -Artigos com população alvo, adultos com humor depressivo. | <ul style="list-style-type: none"> -Artigos que não respondem ao objetivo; -Artigos efectuados ao abrigo do método de estudo de caso; -Artigos efetuados à população alvo não adulta. |

1.2 Resultados

A consulta dos artigos nas bases de dados supracitadas decorreu nas datas compreendidas entre 01 de Junho de 2022 e 15 de Julho de 2022, considerando os critérios de inclusão e exclusão acima descritos.

Inicialmente, foram selecionados 89 artigos com texto completo que mencionava os descritores no seu título. A falta de artigos acerca do tema, obrigou a alargar a data de publicação de 5 para 10 anos.

Destes 89 artigos, alguns eram duplicados, outros foram excluídos pelo título, resumo ou leitura integral, resultando num total de 7 artigos para análise, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3

Quadro de triagem de artigos

| Base de Dados | Número de artigos |
|---|---|
| MEDLINE Complete | - Encontrados 44 - Excluídos pelo título 34 - Excluídos pelo resumo 5 - Excluídos pela leitura integral 1 - Incluídos 4 |
| CINAHL Complete | - Encontrados 28 - Excluídos pelo título 20 - Excluídos pelo resumo 3 - Excluídos pela leitura integral 2 - Incluídos 3 |
| Cochrane Plus Collection | - Encontrados 9 - Excluídos pelo título 8 - Excluídos pelo resumo 0 - Excluídos pela leitura integral 1 - Incluídos 0 |
| Nursing & Allied Health Collection – Comprehensive | - Encontrados 8 - Excluídos pelo título 8 - Excluídos pelo resumo 0 - Excluídos pela leitura integral 0 - Incluídos 0 |
| MedicLatina | - Encontrados 0 - Excluídos pelo título 0 - Excluídos pelo resumo 0 - Excluídos pela leitura integral 0 - Incluídos 0 |
| Library, Information Science & Technology Abstracts | - Encontrados 0 - Excluídos pelo título 0 - Excluídos pelo resumo 0 - Excluídos pela leitura integral 0 - Incluídos 0 |

Após a revisão e exclusão dos artigos da Tabela anterior, são apresentados os resultados encontrados nos 7 artigos selecionados (n=7), tendo em conta o tema, questão de revisão e objetivos anteriormente delineados. A Tabela 4 apresenta as conclusões e os resultados em texto resumido de forma a dar resposta aos objetivos e questão desta revisão.

Tabela 4

Quadro de resultados

| -Autor -Ano -Titulo -País | -Tipo de estudo -Instrumento de colheita de dados | -População / Amostra | -Objetivo geral |
|---|---|-------------------------|---|
| -Interian et al. -2013 -A randomized-controlled trial of na Intervention to improve antidepressant Adherence among latinos with depression -USA | -Controlado Randomizado -Beck Depression Inventory-II (severidade de sintomas depressivos) e MEMS (escala de adesão) | -50 Pessoas | -Identificar o impacto da entrevista motivacional na adesão ao regime terapêutico em pessoas com perturbação depressiva -Identificar o impacto da entrevista motivacional na sintomatologia depressiva |
| <p>Principais conclusões: As pessoas que durante o tratamento com antidepressivos complementado com entrevista motivacional, demonstraram maior adesão ao regime terapêutico nos momentos de avaliação 2 (após 5 semanas) e 3 (após 5 meses), do que os que apenas receberam tratamento com antidepressivos. No momento 2 a adesão ao regime terapêutico da amostra submetida a EM foi de 72.9% contrariamente ao grupo de controlo, que apresentou uma adesão de 40.8%. Já no momento 3 a tendência manteve-se, sendo que as pessoas submetidos a EM apresentaram adesão terapêutica de 61.5% e o grupo de controlo 31.7%. Quanto à sintomatologia depressiva, o estudo revela uma ligeira remissão dos sintomas nas pessoas submetidas a EM segundo a escala Beck Depression Inventory-II no momento 3, numa percentagem de 50% contra 20.8% das restantes pessoas.</p> | | | |
| -Miri et al. -2021 -Effect of Cognitive-behavioral Training Combined with Motivational Interviewing on Treatment Adherence and Hemoglobin A1c in Patients with Diabetes and Depressive Symptoms -Irão | -Controlado Randomizado -Morisky Medication Adherence Scale | -90 Pessoas | -Identificar o impacto da entrevista motivacional combinada com intervenção cognitivo-comportamental na adesão ao tratamento em pessoas com diabetes e sintomas depressivos. |
| <p>Principais conclusões: Neste estudo verificou-se que o grupo submetido a EM combinada com intervenção cognitivo-comportamental apresentou uma melhoria na adesão terapêutica, apresentando um significado de 5.54 segundo a escala utilizada, e conseqüentemente, melhoria na sintomatologia depressiva, enquanto no grupo de controlo, apenas submetido a intervenção</p> | | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| cognitivo-comportamental apresenta um significado de 4.87. | | | |
| -Rebora et al. -2021 -Effectiveness of motivational interviewing on anxiety, depression, sleep quality and quality of life in heart failure patients: secondary analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial -USA | -Controlado Randomizado -Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) Scale; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); Short-Form Health Survey (SF-12); Montreal Cognitive Assessment (MoCA) | -510 Pessoas e cuidadores | -Avaliar o efeito da EM na ansiedade, depressão, qualidade do sono e qualidade de vida ao longo dos 12 meses de intervenção. |
| Principais conclusões: No estudo verificaram-se alterações e melhoria no nível de ansiedade, qualidade do sono e sintomatologia depressiva, refletindo-se em ganhos/melhorias quanto à qualidade de vida. Este resultado estende-se aos 3 grupos (grupos de controlo inclusive), mas mais acentuado nos grupos sujeitos à EM. | | | |
| -Balán et al. -2013 -Motivational Pharmacotherapy: Combining Motivational Interviewing and Antidepressant Therapy to Improve Treatment Adherence -USA | -Controlado Randomizado -Desconhecido | Desconhecido | -Descrever o procedimento e os aspectos que a EM deve incorporar para o aumento da adesão ao regime terapêutico em pessoas de grupos raciais/étnicos carentes e com perturbação depressiva |
| Principais conclusões: Durante o estudo foram identificadas algumas peças chave para a EM, a primeira tende a focar-se no encorajamento e na confiança da pessoa para ultrapassar as barreiras, de forma a motivá-lo. Para tal, nas sessões atribuiu-se ênfase à sintomatologia, aos efeitos adversos e adesão ao regime terapêutico, e não apenas na toma de terapêutica. A segunda é a empatia utilizada pelo profissional de saúde, de forma a compreender melhor a experiência do tratamento por parte da pessoa. Esta promove uma melhor comunicação e um maior engagement por parte da pessoa. A terceira é o fortalecimento da relação terapêutica, e consequentemente o profissional é tido como um moderador do processo, facilitador e um co-decisor. Desta forma, a pessoa e profissional agem de forma colaborativa no sentido de escolher o caminho a seguir, as metas e objetivos, em forma de negociação, tendo em conta a autonomia da pessoa. | | | |
| -Berhe et al. -2020 -Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis) -China | -Revisão sistemática e meta-análise -A irectriz de dados foi feita com base no formato PICOS e na irectriz PRISMA. | -8 Estudos | -Explorar e analisar a literatura em busca de evidências do efeito que a Entrevista Motivacional tem na depressão em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. |
| Principais conclusões: Os resultados obtidos, demonstraram que através da EM foi possível notar um aumento do engagement por parte das pessoas relativamente ao tratamento. No que respeita à | | | |

| | | | |
|--|---|------------------|---|
| sintomatologia depressiva, verificou-se que os resultados não eram congruentes, pois em alguns estudos notou-se melhoria significativa da sintomatologia em relação ao grupo de controlo (5 estudos) e noutros não, que poderá estar diretamente associado ao período de acompanhamento, número de sessões e duração das mesmas. | | | |
| -Lewis-Fernández et al. -2013 -Impact of Motivational Pharmacotherapy on Treatment Retention Among Depressed Latinos -USA | -Metodologia de ensaio aberto -Hamilton Depression Scale; self-report Sheehan Disability Scale; Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire | 50 Pessoas | -Identificar o impacto da entrevista motivacional combinada com antidepressivos na adesão ao regime terapêutico em Latinos com perturbação depressiva. |
| Principais conclusões: Dos 50 indivíduos, 10 (20%) abandonaram o tratamento, havendo uma melhoria de adesão comparativamente a estudos que referem uma não adesão (32-53%). O estudo demonstra ainda melhorias nos sintomas depressivos, qualidade de vida e funcionamento psicossocial. Além destas melhorias, a EM demonstrou ser benéfica, ao ajudar a pessoa a ultrapassarem as barreiras, obstáculos e preocupações. | | | |
| -Holt et al. -2017 -Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing -Australia | -Controlado Randomizado -Edinburgh Postnatal Depression Scale; Beck Depression Inventory- Revised e Depression Anxiety Stress Scale; Psychosocial risk factor questionnaire; Intervention adherence and feedback. | - 20 Mulheres | -Identificar o impacto da EM na mulher com depressão pós-parto. |
| Principais conclusões: A EM demonstrou ter efeito positivo na adesão ao tratamento por parte das mães com depressão pós-parto e conseqüentemente na melhoria de sintomas depressivos e níveis de ansiedade. As mães deste estudo apresentaram-se mais propensas para a procura de tratamento junto de um profissional (4 vezes mais) comparando com o grupo de controlo. As mulheres que receberam EM, após questionadas, consideraram que esta foi útil a nível de bem-estar emocional. | | | |

1.3 Discussão

Com a elaboração do estudo e durante a revisão da tabela anterior foram identificadas 4 etapas da EM, que segundo Holt et al. (2017) são:

Etapa 1 - Extrair a história: O foco desta fase é verificar que a pessoa se sinta ouvida e compreendida, como também discutir o resultado da avaliação inicial e problema identificado;

Etapa 2 - Evocar o discurso de mudança: Esta fase envolve avaliar a importância da mudança e a confiança da pessoa para fazê-lo. O objetivo é aumentar

a importância da mudança e a autoconfiança, evocando um discurso de mudança na pessoa;

Etapa 3 - Fornecimento de informações: Nesta fase, os profissionais fornecem informações relevantes sobre serviços/suportes que estão disponíveis. É importante fazer isso de forma colaborativa, procurando primeiramente as necessidades expressas pela pessoa de informações, motivação para obtenção dessas informações. Após fornecer as informações, explorar os pensamentos da pessoa sobre as informações fornecidas e validar a compreensão dessas mesmas informações;

Etapa 4 - Evocar o discurso de compromisso: Nesta fase, os profissionais avaliam o nível de compromisso da pessoa e visam aumentar o compromisso para com as mudanças de comportamento. Além das 4 etapas da EM descritas, Balán et al., (2013), acrescenta que esta, como intervenção, deve englobar alguns aspetos e temas relevantes para que se atinja o sucesso na sua implementação: a) Afirmar o compromisso a pessoa em melhorar; b) Explicar a estrutura da sessão; c) Iniciar o discurso de mudança e de compromisso sobre como melhorar o humor depressivo e iniciar o regime medicamentoso; d) Clarificação de metas e valores; e) Discutir o estado/sintomas da pessoa; f) Avaliar sintomas/efeitos adversos principalmente usando perguntas abertas e reflexões; g) Refletir e explorar melhorias para promover mais conversas sobre a mudança; h) Régua de confiança/História de superação de obstáculos; i) Avaliar a adesão ao regime medicamentoso; j) Concentrar-se nos sucessos de adesão para construir a auto-eficácia; k) Identificar de forma colaborativa, formas de superar os obstáculos à adesão; l) Questionar acerca de pensamentos sobre a interrupção voluntária do regime medicamentoso; m) Tomar decisões de forma colaborativa sobre o regime medicamentoso proposto.

Contudo, para esta intervenção ter ganhos e ser positiva, não basta focarmos nas 4 fases e temas. É de salientar a elevada importância das ferramentas a utilizar para a sua prática. Estas ferramentas não são nada mais que a utilização de uma conversa colaborativa, de forma a demonstrar interesse quanto à pessoa e resolução dos seus problemas. Para tal, a escuta ativa e resposta reflexiva, são importantes para que a pessoa perceba que estamos totalmente empenhados e interessados no que nos tem a dizer. A empatia como forma de compreender melhor a experiência/ vivência que a pessoa está a atravessar, promovendo uma melhor

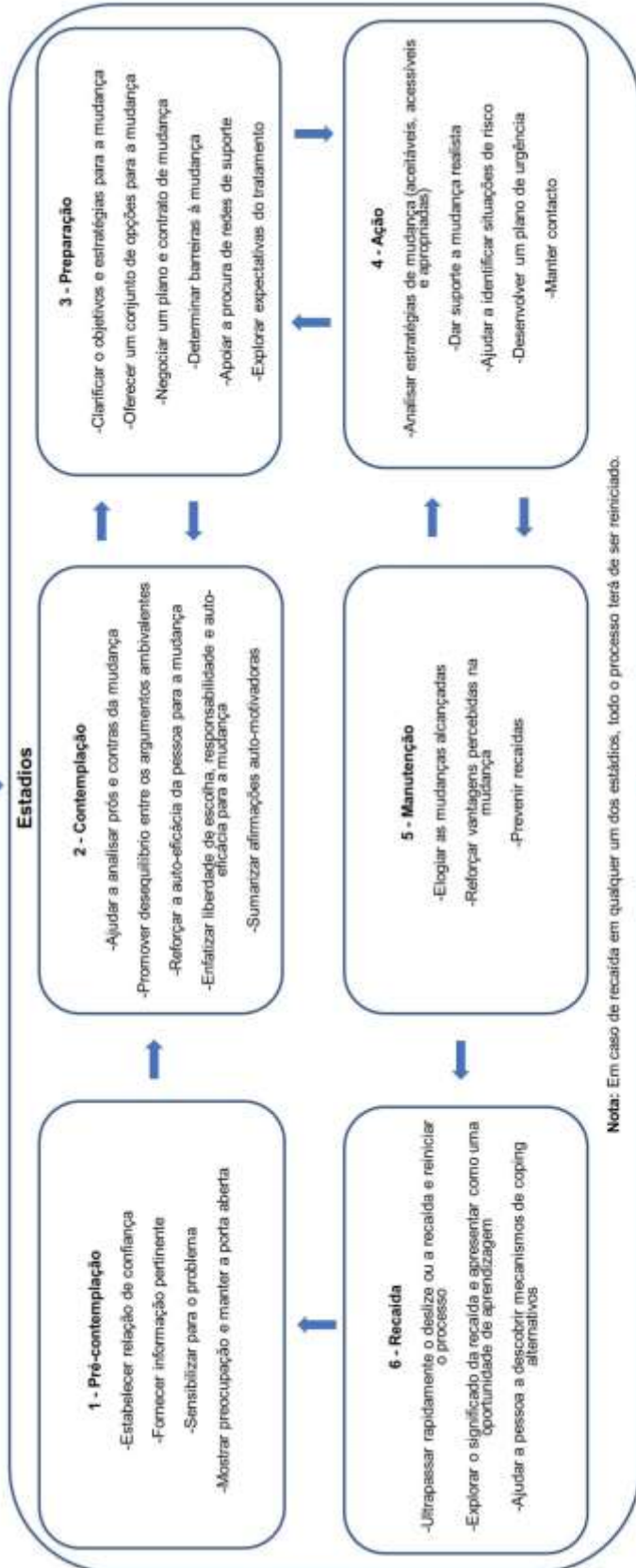
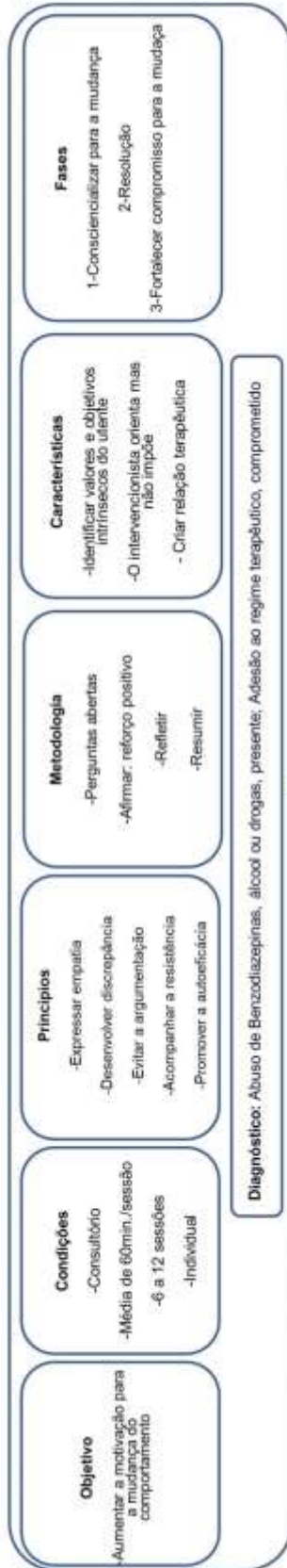
comunicação e um maior *engagement* na pessoa. Todas estas ferramentas são importantes para a construção de uma relação terapêutica, pois só assim é possível atingir o exponencial máximo que leva à procura de tratamento por parte da pessoa, confiando no profissional de saúde e compreendendo que este será um elemento facilitador na transição do seu estado de acordo com o estadio de motivação em que a pessoa se encontra (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída).

De forma a dar resposta aos objetivos do estudo, após a revisão dos artigos e extração de informação dos estudos selecionados, foi elaborada uma sugestão de esquema da entrevista motivacional apresentada na Figura 2, tendo em conta o processo de enfermagem, que proponho ser validada posteriormente para implementação na prática.

Figura 2

Esquema da adaptação dos resultados encontrados

Entrevista Motivacional



Nota: Em caso de recaída em qualquer um dos estádios, todo o processo terá de ser reiniciado.

Resultado Esperado: Abuso de Benzodiazepinas, álcool ou drogas, ausente; Adesão ao regime terapêutico, presente

Nos estudos apresentados, é possível verificar uma disparidade de sessões realizadas, bem como os tempos por sessão e de tratamento. O tempo por sessão variou entre 25 e 100 minutos, mas na maioria relataram sessões com duração de 60 minutos. No que diz respeito ao número de sessões, verificou-se que estas variaram entre 3 a 12 sessões, sendo que maioritariamente referem ter realizado 4 sessões. O seguimento do indivíduo durante a realização dos estudos variou entre 3 a 24 meses, mas grande parte dos estudos referem um seguimento de 12 meses, tendo em conta que após a implementação da EM foram submetidos a consultas de *follow-up*.

Apesar da grande variação do número de sessões, tempo por sessão ou duração do *follow-up*, foi possível observar ganhos em todos eles, ou seja, mesmo que a aplicação da EM seja breve pode verificar-se que esta é benéfica para a pessoa e demonstra ser eficaz na motivação para a mudança. Tendo em conta que em todos os estudos foi possível notar que as pessoas submetidas à intervenção apresentaram um maior compromisso com o tratamento, uma menor taxa de desistência do tratamento (medicamentoso ou de intervenção não farmacológica), e conseqüentemente uma diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos grupos de controlo que não foram submetidos à EM. A taxa de adesão ao regime terapêutico, relatada nos estudos, mostra que nas pessoas submetidas a EM foram de 30,2% a 53%, superior aos grupos de controlo, e ainda que a taxa de remissão de sintomas foi 30% superior aos que não foram submetidos à EM.

Foi também possível identificar barreiras e obstáculos para a interrupção dos tratamentos, que são o foco da EM. Os motivos de abandono de tratamento estavam maioritariamente relacionados com o estigma ainda existente na sociedade quanto à área de saúde mental e psiquiatria, refletido na vergonha, nos pensamentos de pessoas alheias e no medo de serem rotulados. No entanto, outros motivos surgiram, como por exemplo, os efeitos adversos da terapêutica e o receio da habituação a esta, o medo que os antidepressivos sejam prejudiciais à saúde, os baixos rendimentos/salários. Além destas, numa fase posterior, de estabilização, surge como motivo a tentativa de solucionar o problema e obter melhorias pelo próprio, não dependendo de tratamento. Este facto poderá estar relacionado com o estigma ou uma falta de consciencialização para o problema.

Existem mais evidências científicas através de estudo que corroboram o uso da EM como intervenção na não adesão ao regime terapêutico como Paz e Bannasar

(2007) e Manso (2011), nestes casos em concreto em pessoas com esquizofrenia. Lebow (2012), também refere que a EM pode ser usada para encorajar as pessoas a mudar os comportamentos desajustados como abuso de drogas, estilos de vida e para motivar à adesão a tratamentos.

1.4 Conclusão

Em modo de conclusão é possível identificar um impacto positivo da EM no adulto com perturbação depressiva, apesar que este não esteja diretamente ligado à sintomatologia, mas sim à adesão ao regime terapêutico. O impacto verificado na adesão ao regime terapêutico, é notado na diminuição da sintomatologia depressiva e conseqüentemente no humor. É também possível concluir que apesar das variações de duração e número de sessões realizadas durante as intervenções, estas trazem sempre ganhos na adesão ao regime de tratamento como também em saúde, na sintomatologia depressiva, na ansiedade, na qualidade do sono e na qualidade de vida.

Como limitações ao estudo verificou-se a limitada e escassa existência de artigos na temática da EM na depressão, obrigando a aumentar o intervalo de pesquisa de publicação para os últimos 10 anos.

No futuro, é importante estudar aprofundadamente as razões do abandono terapêutico de forma a poder enquadrar de melhor forma esta intervenção e obter melhores resultados. É importante ainda estudar o impacto da EM no abandono do regime terapêutico em outras áreas clínicas que não a de saúde mental.

Este estudo tem como implicações na prática clínica a implementação da EM em adultos com perturbações depressivas, em casos de abandono terapêutico ou risco do mesmo, de acordo com as várias fases inerentes à intervenção. No entanto, este não deveria ser implementado apenas na área de saúde mental, mas sim abranger todas as áreas clínicas, e deste modo trabalharem de forma colaborativa com os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, ou seja, se de algum modo for detetado um abandono/risco de abandono terapêutico, independentemente da área clínica, deveria ser solicitado por parte médica ou de enfermagem, a colaboração do EEESMP para intervir nessa mesma pessoa.

2. A prática baseada em evidência

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019), estabeleceu que estes devem basear a sua prática clínica na investigação e no conhecimento na área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste capítulo será apresentado um programa de EM implementado a adultos com humor depressivo, cuja fundamentação se baseia na revisão integrativa da literatura do capítulo anterior.

2.1 Descrição do programa a implementar

O programa implementado baseou-se na aplicação da EM como método para uma melhoria da adesão ao regime terapêutico, tendo em conta que estudos indicados anteriormente referem um abandono da terapêutica em pessoas com depressão que ronda os 30% dos após 1 mês do início do tratamento.

O programa foi implementado de acordo com a Figura 2 exposta no capítulo anterior e tem como objetivos: promover a motivação para a adesão ao regime terapêutico e avaliar o impacto da EM na adesão ao regime terapêutico.

Este consistiu em 8 sessões (0, 1, 2, 3, 4, 5, final e *follow-up*) individuais num gabinete equipado, com duração média de 60 minutos por sessão. Durante as sessões foi impreterível a aplicação dos 5 princípios da EM (empatia, desenvolvimento da discrepância, evitar a argumentação, acompanhar a resistência e promover a auto-eficácia). No decorrer do programa foram utilizadas perguntas abertas, como ainda foi utilizada a reflexão crítica, o reforço positivo e o resumo no final de cada sessão como no final de toda a intervenção. Foi criada uma relação terapêutica com a pessoa facilitando a identificação dos objetivos e valores intrínsecos à pessoa, onde o EEESMP foi orientando a pessoa, não a substituindo na sua tomada de decisão. As sessões tiveram ainda em consideração as 3 fases da EM: 1-Consciencializar para a mudança; 2-Resolução; 3-Fortalecer compromisso para a mudança.

Tendo em conta os objetivos, os princípios, as condições, características, fases e a metodologia anteriormente descritos, as sessões contaram ainda com as várias atividades contempladas nos estádios da EM, com maior ênfase no fornecimento de informação relevante acerca da importância da terapêutica, sensibilizar para o

problema abordando os diagnósticos, análise dos prós e contras da mudança através de balança de decisão, apoiar a procura de redes de suporte informando acerca dos recursos na comunidade, clarificar objetivos e estratégias para a melhoria do estado da pessoa, negociar um plano terapêutico, determinar barreiras como por exemplo efeitos secundários da terapêutica, e por fim, elogiar e reforçar o papel da pessoa bem como o seu envolvimento.

Para a implementação da EM e conseqüente avaliação dos resultados foram realizadas as entrevistas clínicas na sessão 0, onde foram recolhidos dados sociodemográficos, partilha de emoções, de situações e vivências, bem como foi aplicado o MMSE (Guerreiro et al., 1994), as escalas de ansiedade de Hamilton de 14 itens (Santos, 2021), inventário de depressão de Beck (BDI-II) (Ponciano et al., 2004) e a Escala Breve de *coping* Resiliente (Ribeiro & Morais, 2010) em 3 momentos (sessão 0, final e *follow-up*). O *follow-up* foi realizado via telefone 1 mês após alta, momento em que além da aplicação das escalas anteriores, foi também aplicada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001) e um questionário de avaliação elaborado pelo estudante com questões de resposta fechada aberta, estruturado de forma a poder obter mais resultados e perceber o impacto dos resultados na pessoa após alta, verificar a adesão ao regime terapêutico, quais os efeitos secundários da terapêutica mais prevalentes e quais as barreiras existentes à adesão ao regime terapêutico, cujas perguntas são:

- 1-Sente-se melhor, pior ou igual?
- 2-Tem sentido alguns efeitos secundários da medicação?
- 3-Quais?
- 4-Toma corretamente a terapêutica?
- 5-Se respondeu não, porquê?

2.2 Método

Este programa foi implementado a 4 pessoas com humor depressivo num serviço de internamento de psiquiatria agudos num hospital do norte do país, com o diagnóstico de humor depressivo. Na seleção das pessoas foram utilizados critérios de inclusão como: adultos com humor depressivo. No que respeita aos critérios de

exclusão foram utilizados os seguintes: idosos, pessoas com défice cognitivo e pessoas com sintomatologia positiva.

As sessões de EM foram implementadas em conjunto complementarmente com a intervenção farmacológica prescrita.

O programa englobou 8 sessões (0, 1, 2, 3, 4, 5, final e *follow-up*) individuais com a metodologia denominada por EM, de forma esquematizada e descrita abaixo (Apêndice XIV), com a duração média de 60 minutos por sessão.

Na sessão 0 foi explicado às pessoas que a intervenção cumpriria os requisitos de confidencialidade e anonimato, solicitando a confirmação verbal para autorização da recolha de dados. Ainda nesta sessão 0 foi explicado às pessoas em que consistia a intervenção, objetivos e número de sessões previstas de contacto e aplicados instrumentos de avaliação acima descritos.

A sessão 1 teve como propósito a extração da história e a exploração de temas, emoções, sentimentos e os seus significados, estabelecendo uma relação de confiança.

A sessão 2 baseou-se no fornecimento de informações pertinentes através de ensinamentos sobre os diagnósticos de enfermagem identificados e os seus sintomas, acrescentando estratégias que poderiam melhorar o seu estado de saúde mental, como ainda sensibilizar para o problema.

Na sessão 3 foi desenvolvida a discrepância, diminuindo a ambivalência através de uma balança de decisão que avalia os prós e contras da adesão ao regime terapêutico. Foram ainda realizados novos ensinamentos quanto à terapêutica prescrita, contemplando o seu objetivo, o seu modo de ação e ainda os efeitos secundários que segundo a revisão sistemática da literatura são uma das barreiras existente quanto à adesão ao regime terapêutico.

No que concerne à sessão 4, foram abordados temas como efeitos secundários da terapêutica e o estigma associado à doença mental consideradas barreiras à adesão ao regime terapêutico, tendo como objetivo modificar o esquema cognitivo, substituindo estas barreiras por pensamentos positivos como o seu estado de melhoria até ao momento.

Quanto à sessão 5 pode dizer-se que teve como intuito a definição de objetivos como forma de ultrapassar as barreiras, e conseqüentemente elaborar um plano por forma a poderem ser alcançados os objetivos. Além das barreiras já mencionadas, existem também as dificuldades financeiras que poderão ser vivenciadas. As barreiras anteriores e o agravamento da sintomatologia podem ser também situações de risco, e deste modo, foram exploradas estratégias como recursos na comunidade que fossem capazes de dar resposta a estas, maximizando o efeito da EM.

Já na sessão final teve como intuito avaliar e explorar um plano de emergência realizado pela pessoa como estratégia e resposta a situações de risco. Nesta sessão foram ainda reforçados os elogios à pessoa pelo seu envolvimento, realizada uma síntese de toda a intervenção e aplicados os instrumentos de avaliação (BDI-II, Escala de ansiedade de Hamilton 14 itens e Escala breve de *coping* resiliente).

Por último, na sessão de *follow-up* que foi realizada via telefone, um mês após a alta clínica da pessoa intervencionada, foi realizada uma síntese de toda a intervenção, e foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação BDI-II, Escala de ansiedade de Hamilton 14 itens e Escala breve de *coping* resiliente. Desta vez foi acrescentado a escala MAT e o questionário de avaliação, podendo assim avaliar os resultados da adesão ao regime terapêutico.

A sessão de *follow-up*, foi realizada 30 dias após a alta, tendo em conta que a revisão do subcapítulo anterior refere um abandono da terapêutica de 30% das pessoas nesta data.

Para a obtenção de resultados e perceber a eficácia do programa os dados foram analisados de forma mista, sendo realizado uma análise quantitativa quanto aos seguintes instrumentos de avaliação: Escala MAT, BDI-II, Escala de Hamilton 14 itens, Escala breve de *coping* resiliente e às perguntas 1, 2 e 4 do questionário de avaliação. Além desta análise, foi ainda realizada uma outra, qualitativa, quanto às perguntas 3 e 5 do questionário de avaliação.

2.3 Resultados

Das 4 pessoas que participaram na implementação da intervenção, 3 eram sexo masculino e 1 do sexo feminino, e todos continham o diagnóstico de enfermagem de humor depressivo, ansiedade presente e *coping* comprometido sendo estes os mais prevalentes.

Foi possível obter dados e resultados quanto ao desenvolvimento dos resultados das escalas no 3 momentos de avaliação correspondendo à sessão 0 (avaliação), sessão final (avaliação no internamento) e sessão de *follow-up*. Os dados indicados no Tabela 8, são os resultados médios da população em cada momento de avaliação. A melhoria demonstrada na Escala de ansiedade de Hamilton de 14 itens foi de 51,57%, na BDI-II foi de 38,6% e na Escala breve de *coping* resiliente foi de 5,04%.

Tabela 5

Média de scores da população alvo nos 3 momentos de avaliação

| Escalas | sessão 0 (score médio) | Sessão Final (score médio) | <i>Follow-up</i> (score médio) |
|--|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Escala de ansiedade de Hamilton 14 itens | 39,75 | 15,75 | 20,50 |
| BDI-II | 22,75 | 6,75 | 8,75 |
| Escala breve de <i>coping</i> resiliente | 2,38 | 2,81 | 2,50 |

Ainda na consulta de *follow-up* foi possível monitorizar a adesão ao regime terapêutico através da Escala MAT, onde os scores obtidos abaixo de 5 traduzem uma adesão ao regime terapêutico comprometida, que neste caso corresponde a apenas 25% da amostra, cujos resultados podem ser verificados no seguinte Tabela 9:

Tabela 6

Resultados da escala MAT no follow-up

| Pessoa intervencionada | Questão 1 | Questão 2 | Questão 3 | Questão 4 | Questão 5 | Questão 6 | Questão 7 | Média Total |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Pessoa 1 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5,71 |
| Pessoa 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Pessoa 3 | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 3,14 |
| Pessoa 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Média total | 6 | 5,75 | 4,5 | 4,75 | 4,75 | 6 | 4,75 | 5,21 |

Quanto à análise quantitativa da questão 4 do questionário de avaliação é possível verificar os resultados na Tabela 5, sendo possível afirmar que houve uma taxa de adesão ao regime terapêutico de 75% contra 25% de abandono.

Tabela 7

Adesão ao regime terapêutico no follow-up segundo questão 4 do questionário de avaliação

| Nº pessoas com adesão ao regime terapêutico (%) | Nº pessoas com adesão ao regime terapêutico comprometido (%) |
|---|--|
| 3 (75%) | 1 (25%) |

No seguinte Tabela 6 é possível observar os resultados quantitativos obtidos em resposta à questão 2 do questionário de avaliação, verificando-se que 25% da amostra apresentou efeitos adversos à terapêutica.

Tabela 8

Questão 2 do questionário de avaliação: Tem sentido alguns efeitos secundários da medicação?

| Nº pessoas que respondeu sim (%) | Nº pessoas que respondeu não (%) |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 (25%) | 3 (75%) |

Quanto à análise qualitativa das questões 3 e 5 do questionário de avaliação, verifica-se que os motivos da não adesão ao regime terapêutico são os efeitos secundários, sendo estes a xerostomia e a disfunção sexual

Além destes resultados é possível verificar no Tabela 7 os dados obtidos relativamente à questão 1 do questionário de avaliação, demonstrando uma melhoria do bem-estar subjetivo de 50% contra um agravamento de 25%.

Tabela 9

Bem-estar subjetivo no follow-up comparado ao momento da alta segundo a questão 1 do questionário de avaliação

| Nº pessoas bem-estar agravado (%) | Nº pessoas bem-estar igual (%) | Nº pessoas bem-estar melhorado (%) |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 1 (25%) | 1 (25%) | 2 (50%) |

2.4 Discussão

Nos estudos apresentados no capítulo anterior, verificou-se uma variação de 3 a 12 sessões realizadas, bem como os tempos por sessão e de tratamento que variaram entre 25 a 100 minutos. No programa implementado foram realizadas 8 sessões de duração média de 60 minutos cada. O seguimento da pessoa durante a realização dos estudos diversificou entre 3 a 24 meses, mas grande parte dos estudos referem um seguimento de 12 meses. No caso desta intervenção, tendo em conta o curto período do ensino clínico o seguimento rondou entre os 2 e os 3 meses, tendo sempre por base o esquema da Figura 2.

Após a aplicação das escalas, no que respeita às escalas de ansiedade de Hamilton e BDI-II e Escala breve de *coping* resiliente no terceiro momento de avaliação (*follow-up*) verificou-se uma melhoria relativamente à sessão 0 e um agravamento quanto à sessão final. Contudo, os estudos da revisão integrativa da literatura demonstraram uma remissão dos sintomas superior a 30%. Neste programa de acordo com a BDI-II a remissão foi de 38,6%, tendo em conta a descida de 22,75 para 8,75 o score médio da escala. Além desta, houve uma melhoria de 51,57% na sintomatologia de ansiedade segundo a escala de ansiedade de Hamilton de 14 itens, com uma evolução do score médio de 39,75 para 20,50 da sessão 0 para a sessão de *follow-up*. Por último apesar de ligeira, também se verificou uma melhoria de 0,12% na resiliência mobilizada como estratégia de *coping*, notando que o score médio da sessão inicial subiu de 2,38 para 2,5 no *follow-up*.

Na escala MAT utilizada como forma de monitorizar a adesão ao regime terapêutico é possível verificar que as questões 3, 4, 5 e 7 foram as que obtiveram uma média de scores mais baixos, questões que estão relacionadas com o abandono da terapêutica por iniciativa própria, contra indicação médica por se sentir melhor, pior ou por outras razões. Tendo em conta que um score médio abaixo de 5 traduz um comprometimento da adesão ao regime terapêutico, de acordo com os resultados descritos anteriormente na escala MAT é possível afirmar que 25% das pessoas não têm uma adesão ao regime terapêutica eficaz quando avaliadas individualmente. No entanto, no que concerne ao score médio total da amostra no valor de 5,21 é possível afirmar que esta tem uma adesão ao regime terapêutico eficaz.

Quanto à análise quantitativa da questão 4 do questionário de avaliação, que monitorizava a adesão ao regime terapêutico, na consulta de *follow-up* realizada um mês após a alta, foi verificado que 75% das pessoas ainda mantinham a adesão ao regime terapêutico e 25% tinham abandonado.

Portanto, comparativamente ao estudo de Balán et al. (2013) onde indica uma taxa de não adesão ao regime terapêutico de 30%, conclui-se que existe uma melhoria de 5% na adesão ao regime terapêutico, tendo este programa demonstrando uma não adesão de 25% da população.

Enquanto nos estudos anteriormente mencionados se identificaram como motivos de não adesão ao regime terapêutico o estigma e a vergonha, o receio da habituação a esta, o medo que os antidepressivos sejam prejudiciais à saúde, os baixos rendimentos/salários, a tentativa de solucionar o problema e obter melhorias pelo próprio não dependendo de tratamento e os efeitos adversos da terapêutica, neste programa foi apenas identificado como motivo os efeitos secundários da terapêutica. Os efeitos adversos registados foram a xerostomia e a disfunção sexual, que de acordo com a questão 2 do questionário de avaliação foram percecionados por 25% da amostra.

Relativamente à questão 1 do questionário de avaliação, referente ao bem-estar subjetivo, constatou-se que 25% da população referiu que se sentia pior comparativamente ao internamento, 25% referiu que se sentiam igual, e 50% que se sentiam melhor. Ou seja, pode-se afirmar que 50% das pessoas apresentaram uma melhoria do bem-estar subjetivo. No entanto, 25% apresentou uma regressão apesar de nenhum dos scores obtidos nas escalas na última avaliação terem regredido em relação à avaliação inicial.

2.5 Conclusões

Em conclusão, é possível observar um impacto positivo da EM em adultos com humor depressivo, melhorando a sua sintomatologia, como ainda demonstra eficácia e melhoria na sintomatologia de ansiedade e na utilização do *coping* resiliente, estando estas melhorias relacionadas com a adesão ao regime terapêutico.

Para aprimorar a adesão ao regime terapêutico, como o uso da intervenção em questão, é essencial realizar estudos adicionais sobre os motivos do abandono, levando em consideração que muitas dessas razões estão relacionadas ao estigma

que a sociedade associa à saúde mental. Assim, é necessário promover a consciencialização e a literacia sobre saúde mental na sociedade.

Quanto às limitações deste estudo, destaco a curta duração do estágio e o número reduzido de pessoas para a aplicação da metodologia da EM.

No futuro, é importante investigar detalhadamente o impacto da EM no abandono do tratamento em outras áreas clínicas, além da saúde mental, e também como forma de modificação de outros tipos de comportamento. É importante ainda aplicar esta intervenção com este planeamento numa amostra significativa.

As implicações deste estudo na prática clínica incluem a implementação da EM em adultos com perturbação depressiva em contexto de internamento ou ambulatório, especialmente em casos de abandono terapêutico ou risco disso, devendo ser implementado em todas as unidades hospitalares e UCC que tenham como recursos os EEESMP. No entanto, essa abordagem não deveria ser restrita à área da saúde mental e psiquiatria, mas sim ser aplicada em todas as áreas clínicas. Nesse sentido, a colaboração com o EEESMP poderia ser solicitada sempre que fosse identificado o abandono ou risco de abandono terapêutico, independentemente da área clínica em questão.

Conclusão

Na área da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, é crucial enfatizar o papel desempenhado pelo EEESMP, como promotor de saúde mental, mas também na prevenção, diagnóstico e intervenção agindo como facilitador no processo de transição. Além da teoria das transições, também a teoria de Peplau das relações interpessoais foi fundamental como recurso durante os estágios de natureza profissional. Desta forma, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa cuidada, traduzindo-se numa maior eficácia como agente facilitador nos processos de transição, maioritariamente do tipo saúde/doença.

Nesse contexto, reconheço plenamente que os diferentes campos de estágio foram relevantes para o meu crescimento pessoal e profissional, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas como EEESMP.

No decorrer dos estágios, foi-me possível, não só a aplicação das teorias de médio alcance anteriormente mencionadas, como também os conhecimentos teóricos adquiridos durante o primeiro ano do curso. Com a implementação da prática de cuidados baseada na evidência, tendo como ponto de partida uma revisão integrativa da literatura, foi possível identificar o papel central e multidisciplinar do EEESMP durante todo o processo de intervenção, sendo este destinado a uma pessoa/comunidade saudável ou com doença, como também às suas famílias.

Com a implementação do programa da EM no adulto com perturbação depressiva, permitiu-me intervir de forma fundamentada e sustentada em evidência, aplicando a PBE, verificando-se um impacto positivo nos resultados obtidos, traduzindo-se em ganhos para a saúde da pessoa cuidada. Contudo, a EM é tida como uma metodologia utilizada para promover a mudança de um comportamento através do aumento da volição. Após a realização da revisão integrativa da literatura, implementação da intervenção anteriormente descrita e uma análise crítico-reflexiva, penso que este método faria todo o sentido tornar-se uma intervenção psicoterapêutica como é referida por alguns autores.

Finda esta etapa, após a conclusão dos estágios, do curso e da elaboração deste relatório, foram alcançados todos os objetivos académicos e profissionais previamente estabelecidos e mencionados na introdução, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional.

Além disso, é importante referir que a curta duração dos estágios e a dificuldade na conciliação dos turnos foi uma limitação e uma dificuldade sentida, levando por vezes à impossibilidade de finalizar intervenções previamente planeadas, como também se traduziu numa amostra reduzida no programa implementado. Outra dificuldade sentida, e já prevista anteriormente, foi a gestão de tempo, tendo em conta a nova fase do ciclo vital em que me encontro.

Referências bibliográficas

- Agrelo, A.M. (2011). Sistematização das intervenções: a percepção de mudança do paciente dependente a partir das intervenções do terapeuta. *Subjetividade e Processos Cognitivos*, 15 (1), 15-54.
- Akobeng, Anthony. (2005). Understanding systematic reviews and meta-analysis. *Archives of disease in childhood*. Obtido de <https://adc.bmj.com/content/90/8/845.short>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. Obtido de <https://adc.bmj.com/content/90/8/845.short>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA. Obtido de <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- 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/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 10(3). Doi: 10.14744/phd.2019.54366
- Assembleia da República. (2019). Lei n. o 95/2019, de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República Eletrónico; Diário da República n. o 169/2019, Série I de 2019-09-04, páginas 55 - 66*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Balán, I. C., Moyers, T. B., & Lewis-Fernández, R. (2013). Motivational pharmacotherapy: Combining motivational interviewing and antidepressant therapy to improve treatment adherence. *Psychiatry*, 76(3), 203-209. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1521/psyc.2013.76.3.203>
- Beauchamp, C. (1994). *Beauchamp TL, Childress JF Principles of biomedical ethics*.
- Berhe, K. K., Gebru, H. B., & Kahsay, H. B. (2020). Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PloS one*, 15(10), e0240839. Obtido de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240839>

- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2011). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Elsevier Health Sciences Brazil. Obtido de https://www.academia.edu/download/62862165/NIC_-_6%C2%AA_Ed.20200407-41853-10enn0m.pdf
- Carona, C., Silva, N., Moreira, H., Barros, L., & Canavarro, C. (2014). Pediatric health-related stress, *coping* and quality of life. *Paediatrics Today*, 10(2), 112-128. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/45403>
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986) Uma preocupação de enfermagem. Em P.L. Chinn. Metodologia de pesquisa em enfermagem. Boulder, CO: Publicação Aspen
- Costa, A. B., & Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. *Manual de produção científica*, 1, 55-70.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 81-100. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>
- Diário da República. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Dicenso, A., CULLUM, N., & CILISKA, D. (2010). Implementação da enfermagem baseada em evidências: algumas interpretações errôneas. CULLUM, N. et al. *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 32-41.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3). Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/195808557.pdf>
- Ferreira, J.A. e Castela, M.C. (1999). Questionário da Ideação Suicida (QIS). In: M.R. Simões, M.M., Gonçalves e L.S., Almeida (eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, (Vol. II) (pp. 123/130). Sistemas Humanos e organizacionais, Lda. Braga. Fonseca, A. C. (1992). *uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: o que eu penso e o que eu sinto*.
- Frankena WK. (1963). *Ética*. Rio de Janeiro: Zahar, edição 1981, p. 61.

- Gabinete Integrado de Serviços de Saúde Mental. (n.d.). CSBJ. GIS. Retrieved May 17, 2023, Obtido de <https://www.gis.org.pt/quem-somos/csbj>
- Guerreiro, M. P. S. A., 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*, 1(9), 9-10. Obtido de [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884)
- Holt, C., Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2017). Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Archives of women's mental health*, 20(6), 791-801. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0767-0>
- Interian, A., Lewis-Fernández, R., Gara, M. A., & Escobar, J. I. (2013). A randomized-controlled trial of an intervention to improve antidepressant adherence among Latinos with depression. *Depression and anxiety*, 30(7), 688-696. Obtido de <https://doi.org/10.1002/da.22052>
- João, K. A. D. R., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index (PSQI-PT). *Psychiatry research*, 247, 225-229. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116309829>
- Jonas, H. (2006). O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Digitaliza Conteudo.
- Lebow, J. (2012). Overview of psychotherapy. UpToDate, BASOW, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Obtido de <https://medilib.ir/uptodate/show/14612>
- Leiria, J. R. P. (2013). Adolescentes de aldeias SOS: Capacidades, dificuldades, suporte social e satisfação com a vida (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)). Obtido de <https://www.proquest.com/openview/7c6ec7a40077051cfeefea108a00e06f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

- Lei nº 36/98 de 24 de julho. (1998). Aprova a Lei de Saúde Mental. Diário da República, 1ª Série-A, Nº169 (98-07-24), 3544-3550. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>
- Lewis-Fernández, R., Balán, I. C., Patel, S. R., Sánchez-Lacay, J. A., Alfonso, C., Gorritz, M., ... & Moyers, T. B. (2013). Impact of motivational pharmacotherapy on treatment retention among depressed Latinos. *Psychiatry*, 76(3), 210-222. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1521/psyc.2013.76.3.210>
- Manso, N. R. (2011). Adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia (Doctoral dissertation, [sn]). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15678>
- Medrano-Martinez, P., Ramos-Platon, M. J., & Peraita-Adrados, R. (2018). Neuropsychological alterations in narcolepsy with cataplexy: a review. *Revista de neurologia*, 66(3), 89-96. Obtido de <https://europepmc.org/article/med/29368327>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Schumacher, K (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. Obtido de <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/ExperiencingTransitionsAnEmergingMiddleRange.6.aspx>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2010). *Transition theory. Transitions theory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 52-83. Obtido de [https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Meleis,+A.+I.,+Sawyer,+L.+M.,+Im,+E.,+Messias,+D.+H.,+%26+Schumacher,+K.+\(2010\).+Transition+theory.+Transitions+theory:+middle-range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.+New+York:+Springer+Publishing+Company,+52-83.&ots=7kRkBUKQI1&sig=LSc5lDia23g8kNiLmG1HbTLOmww](https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Meleis,+A.+I.,+Sawyer,+L.+M.,+Im,+E.,+Messias,+D.+H.,+%26+Schumacher,+K.+(2010).+Transition+theory.+Transitions+theory:+middle-range+and+situation+specific+theories+in+nursing+research+and+practice.+New+York:+Springer+Publishing+Company,+52-83.&ots=7kRkBUKQI1&sig=LSc5lDia23g8kNiLmG1HbTLOmww)

- Meline, T. 2006. Selecting studies for systematic review: Inclusion and exclusion criteria. *Contemp Iss Comm Sci Dis*, 33: 21–27. Obtido de https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/cicsd_33_S_21
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53. Obtido de https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/01000/Evidence_Based_PracticeStep_by_StepThe_Seven.30.aspx
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people to change* Second edition ed. Obtido de <https://psycnet.apa.org/record/2002-02948-000>
- Ministério da Saúde. (2023). *Cuidados de Saúde Primários. Serviço Nacional de Saúde*. Retrieved May 17, 2023. Obtido de <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/ucc-matosinhos/>
- Miranda, L. D. S. (2012). *A influência da psicomotricidade relacional no comportamento de crianças com 6 e 7 anos de idade* (Master's thesis, Universidade de Évora). Obtido de <http://hdl.handle.net/10174/15418>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>
- Miri, Z., Rezaee, N., Faghihi, H., & Navidian, A. (2021). Effect of Cognitive-behavioral Training Combined with Motivational Interviewing on Treatment Adherence and Hemoglobin A1c in Patients with Diabetes and Depressive Symptoms. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 10(3). Obtido de <https://brieflands.com/articles/msnj-120496.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. p. 60. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Regulamento n. o 140/2019. Dre.pt; Diário da República. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Paz, F. C.; Bennasar, M. R. (2007). Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos, ISBN: 978-84- 9751-192-6, 2007.
- Pereira, A. I., & Barros, L. (2010). Versão portuguesa do questionário de perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade (SCARED-R): Versões para crianças e para pais. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Não publicado
- Ponciano, E., Cardoso, I., & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-(BDI-II) em estudantes do Ensino superior. Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção, 329-337. Obtido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722012000300006
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Nursing Science Quarterly, 10(4), 162–167. Obtido de <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Rebora, P., Spedale, V., Occhino, G., Luciani, M., Alvaro, R., Vellone, E., ... & Ausili, D. (2021). Effectiveness of motivational interviewing on anxiety, depression, sleep quality and quality of life in heart failure patients: secondary analysis of the MOTIVATE-HF randomized controlled trial. Quality of Life Research, 30(7), 1939-1949. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-02788-3>
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de *coping* resiliente. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/1096>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. Obtido de <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Santos, C; Pimenta, C & Nobre, M. (2007) A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>
- Santos, E. R. P. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da escala de ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa (Doctoral dissertation). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/39338>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel – 1ª edição
- Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Amaral, J. B. D., Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A., & Souza, M. L. D. (2021). Cuidado de enfermeiras a idosos com doença arterial coronariana na perspectiva da Teoria das Transições. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/jKrZMhS3QMvmxTsY5TsHyHg/?format=html&lang=pt>
- Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (1999), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, Cap. 12, pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO. Obtido de <https://www.scielo.br/j/pee/a/wpvZZX5KrqPtSqvkFbCkvBc/?format=pdf&lang=pt>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo), 8, 102-106. Obtido de <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/abstract/?lang=pt>

Apêndices

Apêndice I
(Projeto de Gestão – Intervenções Psicoterapêuticas)

Trabalho da Unidade Curricular do Ensino Clínico de Natureza Profissional de
Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica I

Projeto de Gestão - Intervenções Psicoterapêuticas

André Macedo

Ivo Araújo

Joana Vieira

João Santos



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

1º Ano / 2º Semestre



2021/2022

Projeto de Gestão - Intervenções Psicoterapêuticas

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 supervisão de Bruno Santos, Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

Supervisor:

Mestre Bruno Santos

Tutores:

Especialistas Graça Ribeiro e Susana Teixeira

Autores:

André Macedo, Ivo Araújo, Joana Vieira e João Santos

Vila Nova de Famalicão, Fevereiro 2023

PALAVRAS-CHAVE

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÉUTICAS

DIAGNÓSTICOS

SIGLAS

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

MIPE - Modelo de Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem

Índice

| | |
|---------------------------|-----|
| Introdução..... | 97 |
| 1. Contextualização | 99 |
| 2. Projeto..... | 101 |
| 3. Conclusão..... | 105 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 106 |

Introdução

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria tem de dar resposta a várias competências estabelecidas pela ordem dos enfermeiros, podendo essas ser comuns às especialidades ou específicas à especialidade. Quanto às competências comuns são identificados 3 domínios de acordo com o Regulamento nº 515/2018 (2018):

- “Domínio da responsabilidade profissional e ética legal”;
- “Domínio da gestão de cuidados”;
- “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Domínios esses que devem ser aplicados no curso de mestrado de enfermagem em saúde mental e psiquiatria no decorrer dos ensinamentos clínicos. Assim sendo, este projeto tem como objetivo responder aos dois últimos domínios supracitados com a sua elaboração, aplicação e formação aos enfermeiros especialistas, mas também poder contribuir para a melhoria da prática clínica de cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas dos serviços de internamento de agudos do Hospital de Braga e consulta externa de psiquiatria.

No Hospital de Braga encontra-se em vigor o sistema operativo "Glantt", cuja empresa fabricante tem o mesmo nome, sistema este que é utilizado “em cerca de 430 Hospitais, 600 Clínicas e 14.000 Farmácias em Portugal e Espanha.” (Glantt, 2022)

Este sistema operativo responde à necessidade de registos e processos clínicos, desde a admissão da pessoa, da prescrição ao registo de atos e medicamentos, a sua faturação, e até à relação da pessoa com a unidade de saúde a partir da sua residência

Como nos diz Nascimento et al. (2019) estes sistemas, na área da enfermagem, têm como objetivo a extração de dados que permitam o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Quanto ao processo clínico e registos de intervenções na área da enfermagem, foram verificadas lacunas referentes às intervenções psicoterapêuticas, aos diagnósticos de enfermagem, sendo estes muito escassos no sistema operativo tendo em conta o vasto leque existente.

Essas lacunas devem-se ao facto do hospital se ver obrigado a pagar um valor extra por cada diagnóstico e intervenção introduzida no sistema, no entanto, no decorrer do ensino clínico, houve autorização por parte administrativa para que fossem atualizadas as intervenções psicoterapêuticas. Uma vez que há necessidade da existência destas intervenções psicoterapêuticas para assim haver o registo, tanto na consulta externa de psiquiatria como no internamento, por forma a gerar dados de como estas foram aplicadas e que a longo prazo se irão traduzir em ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Deste modo, foi então negociado com a tutoria, a possibilidade de nós como alunos do mestrado de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, respondermos às competências estipuladas pela ordem dos enfermeiros, elaborarmos e esquematizar as intervenções psicoterapêuticas com os respectivos diagnósticos, para que fossem sugeridas as alterações à administração.

Dentro de todas as intervenções existentes no Glintt, foram selecionados pela enfermeira chefe e pelos enfermeiros do serviço 4 intervenções que mais se adequa à nossa prática:

- Psicoterapia individual;
- Psicoterapia familiar;
- Sessões psicoeducacionais familiares em grupo, por família;
- Psicoterapia de grupo, por doente.

Foi-nos solicitado a identificação das intervenções psicoterapêuticas existentes e a sua subcategorização nas 4 intervenções supracitadas, e posteriormente a identificação dos diagnósticos que as intervenções podem dar resposta.

1. Contextualização

O Regulamento nº 515/2018 (2018) menciona que os EESMP possuem a competência para prestarem cuidados de âmbito psicoterapêutico.

O conceito de intervenção psicoterapêutica é entendido segundo Sampaio et al. (2014) como a prática informada e intencional de métodos interpessoais provenientes de princípios psicológicos, cujo objetivo é auxiliar as pessoas a modificar os seus comportamentos, a sua cognição, as suas emoções, e/ou outras características pessoais em direcções que os participantes considerem desejável, sendo esta uma intervenção autónoma do enfermeiro.

Estas intervenções psicoterapêuticas são uma das 5 componentes integrativas do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação). Sequeira e Sampaio, (2020) referem que este processo de enfermagem, de forma estruturada e rigorosa, permite aos enfermeiros sustentar a conceção dos cuidados.

Os sistemas de informação, como é o caso do glintt, têm-se revelado ferramentas essenciais para traduzir os indicadores de qualidade e uniformizar os registos de enfermagem, fundamentalmente as intervenções psicoterapêuticas executadas pelo EESMP.

Segundo Sequeira e Sampaio (2020), estes registos têm como objetivo a documentar e comunicar os cuidados de enfermagem planeados e executados, sendo estes individuais, permitindo uma melhor qualidade na prestação dos cuidados como para a promoção de segurança, qualidade e continuidade dos mesmos. Os mesmos autores defendem ainda que a informatização destes registos, permite facilitar a obtenção de estudos de investigação através dos dados registados. De acordo com Sequeira e Sampaio, (2020), os enfermeiros têm uma linguagem própria da disciplina que é comum a todos, facilitando a transmissão de informação, e é através dela que é possível documentar nos sistemas de informação o exercício profissional autónomo dos enfermeiros.

Como nos diz Nascimento et al. (2019) estes sistemas, na área da enfermagem, têm como objetivo a extração de dados que permitam o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No entanto existem várias condicionantes na prática clínica, como é o caso da que nós detetamos no sistema Glintt do Hospital de Braga no serviço de psiquiatria, que se reflete na dificuldade de os profissionais de saúde fazerem o registo das

intervenções psicoterapêuticas, perceber o seu impacto nos registos informáticos e respetivos indicadores de enfermagem, bem como o tempo despendido para tal.

Importante será dizer que faz parte das competências específicas do EESMP no Regulamento nº 515/2018 (2018), identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

Projeto

Neste capítulo será apresentada a subcategorização das intervenções como a atribuição dos diagnósticos de enfermagem às respectivas intervenções psicoterapêuticas onde podem ser implementadas.

A identificação das intervenções, a sua subcategorização e a distribuição pelos diagnósticos de enfermagem, foi realizada com recurso à revisão da Nursing Interventions Classification (NIC) de Bulechek et al. (2011), Modelo de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem (MIPE) de Sampaio et al. (2018), e ao livro de Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções de Sequeira & Sampaio (2020).

Tabela 1 - Sub-categorização das intervenções.

| Categorias | Intervenções Psicoterapêuticas |
|---|--|
| Psicoterapia individual | -Executar escuta ativa -Executar psicoeducação -Executar relação de ajuda -Executar reestruturação cognitiva -Executar estimulação cognitiva -Executar técnica de modificação do comportamento -Executar técnica de relaxamento -Executar treino metacognitivo -Executar entrevista motivacional -Executar treino de autocontrolo |
| Psicoterapia familiar | -Executar escuta ativa -Executar psicoeducação -Executar relação de ajuda -Executar técnica de relaxamento -Executar entrevista motivacional |
| Sessões psico-educacionais familiares em grupo, por família | -Executar escuta ativa -Executar psicoeducação |
| Psicoterapia de grupo, por doente | -Executar escuta ativa -Executar psicoeducação -Executar técnica de relaxamento -Executar entrevista motivacional |

Tabela 2 - Associação das intervenções psicoterapêuticas aos diagnósticos.

| Intervenções Psicoterapêuticas | Diagnósticos |
|---------------------------------------|---|
| Executar escuta ativa | -Abuso de álcool, sim -Abuso de drogas, sim -Abuso de tabaco, sim -Aceitação do estado de saúde comprometido -Adesão ao regime terapêutico comprometido |

| | |
|------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Alucinação presente/Perceção alterada -Angústia presente -Ansiedade presente -Atenção comprometida -Autoconceito alterado -Autocontrolo ansiedade comprometido -Autocontrolo comprometido -Autoestima comprometida -Autoimagem comprometida -Burnout presente -Cognição comprometida -Comportamento aditivo sem substância presente -Comportamento alimentar alterado -Comportamento autodestrutivo presente -Comportamento compulsivo presente -Conhecimento do padrão alimentar diminuído -Conhecimento do padrão de sono diminuído -Conhecimento sobre abusos de substâncias diminuído -Conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico diminuído -Conhecimento sobre alterações de humor diminuído -Conhecimento sobre ansiedade diminuído -Conhecimento sobre estimulação cognitiva diminuída -Conhecimento sobre papel do prestador de cuidados diminuído -Coping ineficaz -Delírio presente/Pensamento alterado -Esperança comprometida -Heteroagressividade presente -Humor depressivo -Ideação Suicida presente -Imagem corporal alterada -Impulsividade presente -Insight comprometido -Luto comprometido -Memória comprometida -Obsessão presente -Papel parental comprometido Papel sobre papel de prestador de cuidados diminuído -Socialização comprometida -Sofrimento presente -Solidão presente -Sono comprometido -Stress do cuidador presente -Stress presente -Tentativa de suicídio -Vontade de viver diminuída |
| Executar psicoeducação | <ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento sobre papel do prestador de cuidado diminuído Papel sobre papel de prestador de cuidado diminuído -Stress do cuidador presente -Papel parental comprometido -Conhecimento do padrão de sono diminuído -Conhecimento do padrão alimentar diminuído -Conhecimento sobre ansiedade diminuído -Conhecimento sobre estimulação cognitiva diminuída -Conhecimento sobre alterações de humor diminuído |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento sobre abusos de substâncias diminuído -Conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico diminuído |
| Executar relação de ajuda | <ul style="list-style-type: none"> -Autoestima comprometida -Ansiedade presente -Autoimagem comprometida -<i>Coping</i> comprometido -Burnout presente -Luto comprometido -Angústia presente -Sofrimento presente -Esperança comprometida -Humor depressivo -Autocontrolo comprometido -Solidão presente -Aceitação do estado de saúde comprometido |
| Executar reestruturação cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> -Humor depressivo -Ideação suicida presente -Tentativa de suicidio -Vontade de viver diminuída -Imagem corporal alterada -Autoconceito alterado -Ansiedade presente -Autocontrolo ansiedade comprometido -Abuso de álcool, sim -Abuso de drogas, sim -Abuso de tabaco, sim -Comportamento aditivo sem substância presente -Comportamento autodestrutivo presente -Luto comprometido -Obsessão presente -Delírio/Pensamento alterado |
| Executar estimulação cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> -Cognição comprometida -Memória comprometida -Atenção comprometida |
| Executar técnica de modificação do comportamento | <ul style="list-style-type: none"> -Abuso de álcool, sim -Abuso de drogas, sim -Abuso de tabaco, sim -Comportamento aditivo sem substância presente -Comportamento alimentar comprometido -Adesão ao regime terapêutico comprometido -Socialização comprometida -Humor depressivo presente |
| Executar técnica de relaxamento | <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedade presente -Autocontrolo ansiedade comprometido -Stress presente -Sono comprometido |

| | |
|----------------------------------|--|
| Executar treino metacognitivo | <ul style="list-style-type: none"> -Delírio/Alteração do pensamento -Alucinação/Percepção alterada -Insight comprometido -Comportamento compulsivo presente -Obsessão presente -Humor depressivo presente |
| Executar entrevista motivacional | <ul style="list-style-type: none"> -Abuso de álcool, sim -Abuso de drogas, sim -Abuso de tabaco, sim -Comportamento aditivo sem substância presente -Comportamento alimentar comprometido -Adesão ao regime terapêutico comprometido |
| Executar treino de autocontrolo | <ul style="list-style-type: none"> -Impulsividade presente -Comportamento autodestrutivo presente -Heteroagressividade presente -Autocontrolo ansiedade comprometido -<i>Coping</i> ineficaz |
| Executar treino de assertividade | <ul style="list-style-type: none"> -Heteroagressividade presente -Socialização comprometida |

2. Conclusão

Com este projeto damos resposta a duas Unidades de Competências específicas dos enfermeiros especialistas, conforme publicado em Diário da República (2018): a competência F3.1 que nos diz que o enfermeiro especialista deve estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família e grupo. A competência F3.2 diz-nos que o enfermeiro deve identificar os resultados esperados através de indicadores sensíveis em saúde mental.

Para isto ser possível os indicadores devem estar parametrizados no sistema utilizado. Apenas quando estes indicadores fazem parte do sistema podem demonstrar o trabalho realizado pelos enfermeiros especialistas, assim como a eficácia das intervenções, permitindo ainda medir o tempo despendido para prestar estes cuidados, que atualmente não é refletido no sistema informático.

Os sistemas de informação em enfermagem permitem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e por isso, aumentam a visibilidade dos cuidados, a valorização profissional e a monitorização das atividades. No entanto, como refere Nascimento et al. (2019) deparamo-nos com um modelo de saúde que tem por base o financiamento maioritariamente médico, não considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros na obtenção de ganhos em saúde para as pessoas.

Traduzir estes indicadores é essencial para que a informação, das intervenções realizadas pelo enfermeiro, seja corretamente registada, quer relativamente ao local, quer ao conteúdo. Pois, se não fizermos o registo destas, não conseguiremos produzir indicadores de avaliação de qualidade, o que terá impacto na não visibilidade perante a população dos cuidados prestados pelos enfermeiros e do impacto que isso produz na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, conforme corrobora Nascimento et al. (2019).

BIBLIOGRAFIA

- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2011). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Elsevier Health Sciences Brazil.
- Diário da República. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Glintt. (2022). *Sobre a Glintt*. [Www.glintt.com](http://www.glintt.com). <https://www.glintt.com/pt/o-que-somos/sobreaglintt/Paginas/default.aspx>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. *Atas CIAIQ2019, 1*(Volume 1), 965–970.
<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2363>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*(1), 103–108.
<http://hdl.handle.net/2445/144883>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 19*.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental : diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Apêndice II
(Manual de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados
“Cuidar o Cuidador ”)

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS “CUIDAR O CUIDADOR ”

Núcleo de Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica

Elaborado por: NEESM

Data: __/__/__

Aprovado por:

Data: __/__/__

Índice

| | |
|----------------------------------|---|
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 3 |
| PARTE II – BOAS PRÁTICAS | 5 |
| PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 8 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 9 |

Parte I - Enquadramento teórico

1. Fundamentação teórica

A arte do cuidar encontra-se, desde sempre, associada à condição humana e ao decorrer do seu ciclo vital. A ação do cuidar está presente em diversas culturas, é universal e, por vezes, é tradutora do encontro das diferentes gerações (jovens que cuidam de idosos, filhos a cuidarem de pais). O processo de cuidar é complexo e envolve, no mínimo, dois participantes: a pessoa cuidada e o cuidador, sendo que cuidar requer esmero, dedicação e atenção (Tavares, 2019).

O cuidador é o sujeito que assiste a identificar, prevenir ou tratar uma incapacidade ou doença, é quem assiste às necessidades do cliente dependente (Internacional Council of Nurses, 2019). Por sua vez, a dependência refere-se à situação em que a pessoa, por perda ou falta de autonomia física, intelectual ou psíquica, em resultado de um diagnóstico médico do foro mental grave, não é capaz de realizar, de forma independente, as atividades de vida diária (Decreto-Lei n.º 8/2010, 2010).

O ato de cuidar de um cliente dependente pode ser assegurado pelo cuidador informal ou formal, essencialmente. O cuidador informal é o indivíduo que pertence ao seio familiar, amigos, pessoas da comunidade ou vizinhos, caracteriza-se por ser voluntário, diminuir os recursos formais, manter afetividade com o cliente, auxiliar o cliente a não alterar o espaço social e habitacional. O cuidador formal é um profissional qualificado que presta cuidados aos clientes, detendo um conjunto de conhecimento e capacidades específicas que permitem o exercício profissional. A prestação de cuidados prestada, pelo cuidador formal, é remunerada (Tavares, 2019).

Em Portugal, o perfil do cuidador refere-se, usualmente, a uma pessoa do sexo feminino (70% a 95%), com idade superior a 55 anos e a sua relação com a pessoa dependente é, habitualmente, cônjuge ou filha (Ferré-Grau & Sequeira, 2021).

Os cuidadores informais, no contexto de Portugal, assumem o cuidar da pessoa dependente como natural, sendo um processo aceitável socialmente e justificado culturalmente. No entanto, o suporte social dirigido aos cuidadores é ineficaz e praticamente inexistente (Ferré-Grau & Sequeira, 2021).

A prevalência de psicopatologia associada ao cuidar (por parte do cuidador) é um foco que merece a atenção dos profissionais de saúde. Os distúrbios mais frequentes são a depressão, perturbações de ansiedade e distúrbios adaptativos com presença de sentimentos como a culpa, a raiva e a perda, que geram no cuidador um mal-estar persistente. Atendendo que, por vezes, o cuidador, não identifica os sinais e sintomas, torna-se relevante que o enfermeiro identifique os sinais de alarme, indicativos que o cuidador se encontra cansado e/ou sobrecarregado (Ferré-Grau & Sequeira, 2021).

A sobrecarga corresponde a um conjunto de consequências que advém da sequência de um contacto contínuo com um cliente dependente. A sobrecarga associa-se à degradação da qualidade de vida da pessoa cuidadora, sendo a sua prevenção essencial (Sequeira, 2010).

A sobrecarga objetiva reflete-se nas mudanças no quotidiano do cuidador, relações sociais e familiares, vida doméstica, atividades de lazer, saúde mental e saúde física do cuidador, como consequência da interação com os comportamentos e sintomas do cliente dependente. A sobrecarga subjetiva define-se pela perceção pessoal do cuidar acerca das consequências de cuidar (Schene, 1990, como citado em Sequeira, 2010).

Neste sentido, é reconhecida a difícil missão do cuidador, que tem maior risco de desenvolver comorbilidades psicológicas, físicas e depressão. Assim, é fundamental prestar apoio continuado ao cuidador, disponibilizar suporte psicológico e formação (Santana, 2019).

O tratamento ideal para diminuir o mal-estar e/ou a sobrecarga é através da sua prevenção com recurso a um conjunto de medidas que tornam o cuidar mais suportável, como providenciar informação personalizada ao cuidador, providenciar formação que permita prevenir os problemas do dia-a-dia, disponibilizar suporte emocional, reforçar os pontos positivos, prestar atenção à saúde do cuidador e acompanhar a fase final de vida do cliente dependente (Ferré-Grau & Sequeira, 2021).

2. Cuidar o Cuidador

O processo de envelhecimento demográfico associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares determina novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência (Direção Geral de Saúde, 2006).

Estes factos levam a uma maior consciencialização da comunidade relativamente aos problemas do idoso e da importância da manutenção da sua qualidade de vida e, conseqüente, dignidade. Os cuidadores familiares são, na maioria das situações, os que assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados ao idoso com dependência e são fundamentais porque são sensíveis ao meio que o rodeia e às pessoas com quem se relaciona (Sequeira, 2010).

A transição para o papel de cuidador da pessoa com dependência constitui um momento exigente e a prestação destes cuidados pode ser, desta forma, extremamente desgastante e, normalmente, tem impacto na dimensão pessoal, familiar, social e económica da pessoa e sua família, e é vivida, de acordo com Sequeira (2010), de forma muito solitária, podendo culminar em sentimentos de solidão, isolamento e depressão. A ausência de tempo para que o cuidador cuide de si é tido como fator inibidor da transição comprometendo a satisfação de necessidades individuais, de lazer e de socialização, podendo, por conseguinte, culminar em distúrbios psicológicos (Melo et al, 2014a).

Neste sentido, os problemas emocionais do cuidador alteram a sua capacidade adaptativa e, conseqüentemente, podem interferir com a capacidade de cuidar e com as crenças de autoeficácia e de autoconfiança do seu papel, comprometendo-as. A degradação da esfera emocional do cuidador requer a intervenção de suporte do enfermeiro que deve direcionar-se para a intervenção concertada e de parceria com a díade idoso com dependência e familiar cuidador, de modo a permitir a adoção de estilos de vida saudáveis, evitando que quem preste cuidados necessite também de vir a ser cuidado (Guedes, 2011).

Projeto “cuidar o cuidador” do programa de saúde mental das UCCs , visa a promoção da saúde mental e o cuidado de si e a prevenção de problemas psicológicos do cuidador como, por exemplo, a sobrecarga subjetiva. Tem como referencial concetual o modelo multifatorial da saúde mental positiva de Teresa Lluch (1999).

Fatores da saúde mental positiva (adaptado de Sequeira e colaboradores, 2014)

1-Satisfação pessoal - Autoconceito/autoestima; Satisfação com a vida pessoal; Perspetiva otimista de futuro;

2-Atitude pro-social - Predisposição ativa para o social/para a sociedade; Atitude social altruísta/atitude de ajuda-apoio para com os outros ; Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes;

3-Autocontrolo - Capacidade para enfrentar o stress/de situações conflituosas;Equilíbrio emocional/controlo emocional;Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress;

4-Autonomia - Capacidade para ter critérios próprios; Independência; Autorregulação da própria conduta; Segurança pessoal/confiança em si mesmo;

5- Resolução de problemas e autoatualização - Capacidade de análise; Habilidade para tomar decisões;

Flexibilidade/ capacidade para adaptar-se às mudanças; Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo;

6-Habilidade de relação interpessoal -Habilidade para estabelecer relações interpessoais; Empatia/capacidade para entender os sentimentos dos outros; Habilidade para dar apoio emocional; Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas.

Parte II – boa prática

Executar Programa de Promoção de Saúde Mental na Intervenção ao Cuidador Formal

2.1. Objetivos, população alvo e Critérios de referenciação

Objetivos

- Promover o desenvolvimento de competências como, por exemplo, a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- Facilitar a expressão emocional;
- Empoderar os cuidadores;
- Promover relações saudáveis entre os cuidadores e seus familiares dependentes;
- Promover o cuidado de si;
- Promover a saúde mental do cuidador.

População Alvo

- Cuidadores informais referenciados pelo HPH, USF, UCC, UAG e UCSP

Critérios de referenciação

- Sobrecarga do cuidador;
- Conhecimento do papel de prestador de cuidados comprometido.

2.2. Algoritmo de referenciação/encaminhamento

O encaminhamento/referenciação passa pela orientação da pessoa para os recursos existentes, hospitalares e/ou comunitários, atendendo às necessidades do mesmo. Relativamente ao cuidador formal, existem várias formas de encaminhamento para os cuidados de enfermagem em saúde mental (fig.1).

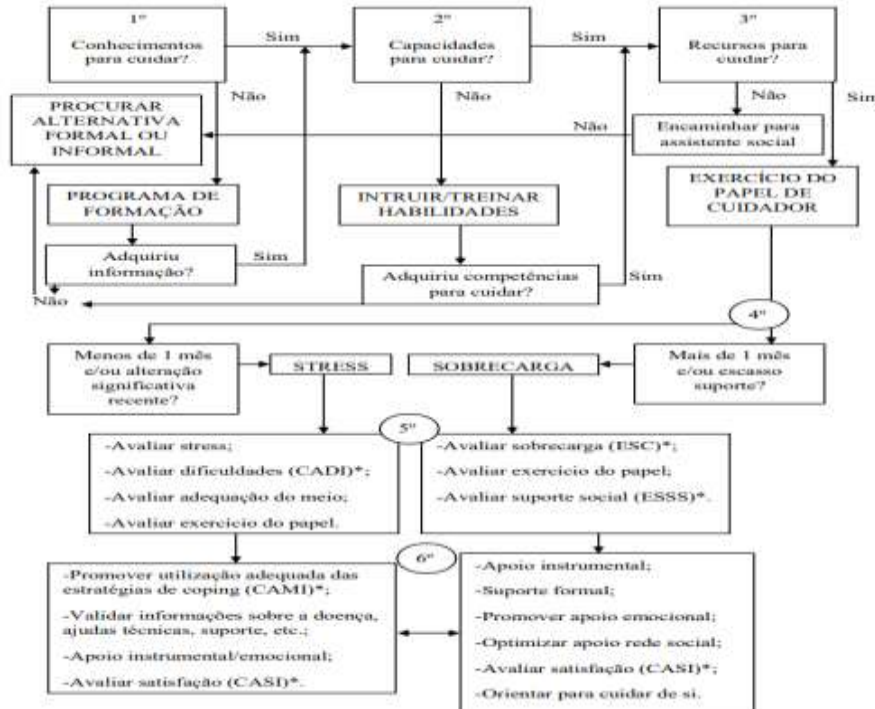
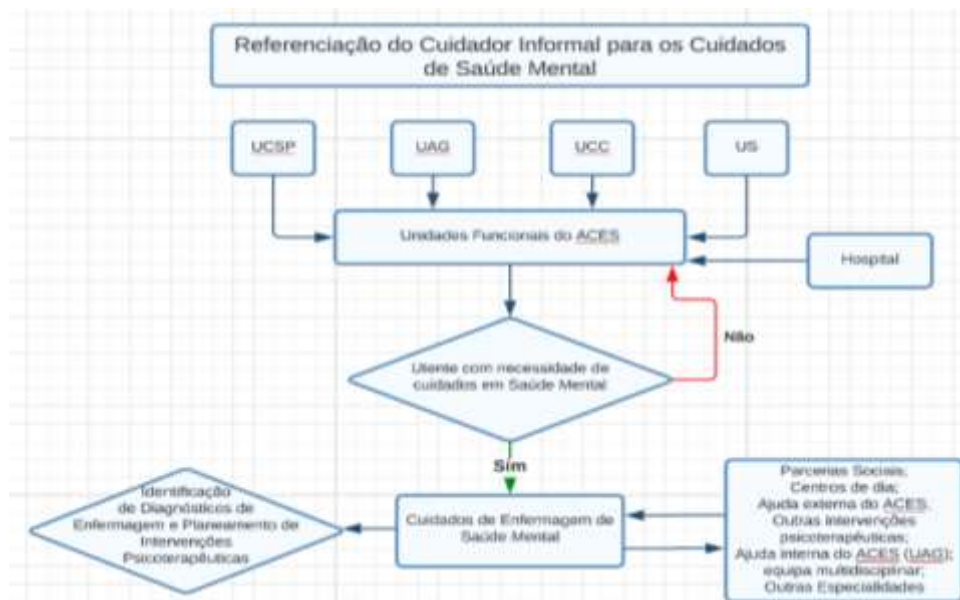


Fig. 1

Algoritmo de decisão /encaminhamento

Fig. 2



Legenda:

CADI – Carer's Assessment of Difficulties Index

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

CAMI - Carer's Assessment of Managing Index

CASI – Carer's Assessment of Satisfactions Index

Adaptado de: Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lidel; 2010.

2.3. Execução do programa /intervenções.

A implementação e avaliação de programas de promoção de saúde mental direcionados aos cuidadores informais tem como objetivo diminuir o stress e a sobrecarga destes e conseqüentemente melhora a sua saúde mental. Para tal, o enfermeiro deve utilizar um conjunto de técnicas, como por exemplo, técnicas de controlo da respiração, psicoeducação e relação de ajuda, desenvolvendo e produzindo atividades relacionadas ao cuidado, à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde.

As sessões serão realizadas no domicílio destinadas aos cuidadores informais existentes, e desta forma responder às necessidades específicas de cada família ou realidade.

No início deverá ser assinado um consentimento informado para autorização de recolha de dados.

Os Instrumentos de avaliação utilizados permitem recolher dados relativos ao stress e sobrecarga dos cuidadores informais a preencher nas sessões 0, final e *follow-up*.

Após o término das sessões será solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação da **satisfação** com as sessões.

Instrumentos de avaliação:

- Escala de sobrecarga do cuidador;
- CADI;

- CAMI.

Planeamento das sessões:

Duração das sessões: 45 min

- Número de sessões: 9 sessões + 1 Follow up
- Periodicidade: 1 sessão por semana
- Local: Domicílio

Sessão 0: Sessão de Avaliação

| <i>Etapas</i> | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|--------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|----------------|
| <i>Introdução</i> | Cumprimentos iniciais; Estabelecer o primeiro contacto com o cuidador; Explicar do objetivo da sessão; Obter consentimento de recolha de dados; | Expositivo Participativo | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |

| | | | | |
|------------------------|---|--|---|---------------|
| Desenvolvimento | <p>Caracterização sociodemográfica do cuidador;</p> <p>Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador;</p> <p>Aplicar Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI);</p> <p>Aplicar Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do Cuidador (CAMI);</p> <p>Apresentar programa ao cuidador e explicar papel do enfermeiro especialista;</p> <p>Definir o Diagnóstico de Enfermagem (Papel do Cuidador comprometido);</p> <p>Definir os objetivos do programa (Capacitar os cuidador familiar com conhecimentos e habilidades para cuidador);</p> <p>Definir cuidador secundário e solicitar a presença nas sessões;</p> <p>Contratualizar programa com o cuidador;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | 35 min |
| Conclusão | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento da próxima sessão;</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |

Sessão 1: Gestão de ambiente e Técnicas de Comunicação

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|-------------------|---|--|--|----------------|
| Introdução | <p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Explicar objetivo da sessão;</p> | <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|----------------------|
| <p>Desenvolvimento</p> | <p>(sessão informativa sobre a patologia da pessoa)</p> <p>Informar sobre a patologia à qual o cuidador deve ter conhecimento;</p> <p>Informar sobre importância do papel do cuidador na estabilização do doente;</p> <p>Instruir sobre risco de queda;</p> <p>Explicar importância de manter um ambiente seguro;</p> <p>Ensinar sobre regras de segurança no domicílio;</p> <p>Ensinar sobre estratégias para prevenção de queda;</p> <p>Identificar no domicílio, junto do cuidador quais os riscos que existem para a doente e possíveis resoluções para os problemas identificados;</p> <p>Ensinar sobre comunicação verbal e não verbal e a sua importância;</p> <p>Ensinar sobre importância de uma comunicação eficaz e quais os requisitos;</p> <p>Instruir sobre estratégias de comunicação com a pessoa;</p> <p>Identificar barreiras encontradas pelo cuidador na comunicação com a pessoa;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | <p>35 min</p> |
| <p>Conclusão</p> | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento da próxima sessão;</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> | <p>5 min</p> |

Sessão 2: Regime Medicamentoso e Alimentação

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duraç ão |
|-----------------------------|--|---|--|---------------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Expositivo Participativ o | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |
| Desenvolvime nto | Esclarecer sobre importância do regime medicamentoso; Esclarecer sobre regime medicamentoso da pessoa; Ensinar sobre cuidados a ter com a medicação; Instruir sobre estratégias de administração de medicação caso necessidade (agitação, recusa); Instruir acerca de uma alimentação saudável; Instruir acerca da importância da hidratação; | Ativo Expositivo Participativ o Interrogativ o | Sala Mesas Cadeiras Canetas Folhas | 45 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |

Sessão 3: Atividades de vida diária e Recursos na comunidade

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duraç ão |
|-------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Expositivo Participativ o | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |

| | | | | |
|------------------------|--|---|--|---------------|
| Desenvolvimento | Identificar junto do cuidador quais as atividades básicas de vida mais afetadas até ao momento; Ensinar sobre estratégias a utilizar face às dificuldades sentidas nas atividades básicas de vida; Instruir sobre a importância de acompanhar/supervisionar o familiar durante as atividades de vida diárias e promover a sua autonomia; Ensinar sobre importância de recorrer a recursos na comunidade; Ensinar sobre recursos existentes na comunidade; Ensinar sobre recursos financeiros; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | Sala Mesas Cadeiras Canetas Folhas | 35 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |

Sessão 4: A saúde do cuidador Informal:

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|-------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Expositivo Participativo | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|---------------|
| Desenvolvimento | <p>Ensinar sobre efeitos na saúde mental no papel de prestador de cuidados;</p> <p>Ensinar sobre níveis de força vital (relação com os outros, connosco e com o corpo);</p> <p>Explicar importância de manter um bem-estar biopsicossocial;</p> <p>Identificar quais os problemas sentidos da parte do cuidador;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | 35 min |
| Conclusão | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento da próxima sessão;</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |

Sessão 5: Gestão de Ansiedade

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|---|--|---|----------------|
| Introdução | <p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Explicar objetivo da sessão;</p> | <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |
| Desenvolvimento | <p>Ensinar sobre emoções e sentimentos;</p> <p>Esclarecer sobre o que cria as emoções;</p> <p>Ensinar sobre ansiedade: ansiedade patológica; causas, sintomas, tratamento;</p> <p>Ensinar e treinar técnica de respiração diafragmática e/ou técnica 478;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | 35 min |

| | | | | |
|------------------|---|---|--------------------------|--------------|
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |
|------------------|---|---|--------------------------|--------------|

Sessão 6: Stress do Cuidador / Burnout

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|---|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |
| Desenvolvimento | Ensinar sobre sinais de stress e burnout; Encorajar o cuidador a verbalizar preocupações sobre eventos stressores; Ensinar sobre estratégias de redução de stresse; Reforçar importância de manter atividades de lazer; Estabelecer horário com cuidador secundário de forma a manter atividades de lazer; Treinar técnica de respiração diafragmática e/ou técnica 478; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | Sala Mesas Cadeiras Canetas Folhas | 35 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |

Sessão 7: Padrão de sono

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duraç ão |
|-----------------------------|--|---|--|---------------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Expositivo Participativ o | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |
| Desenvolvime nto | Ensinar sobre a importância de um padrão de sono regular para manter a saúde mental; Ensinar sobre efeitos adversos de uma má qualidade do sono; Instruir sobre uma boa higiene do sono; | Ativo Expositivo Participativ o Interrogativ o | Sala Mesas Cadeiras Canetas Folhas | 35 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativ o Participativ o | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |

Sessão 8: Preparação para o Luto

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duraç ão |
|-------------------|--|---------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão; | Expositivo Participativ o | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|---------------|
| Desenvolvimento | <p>Ensinar sobre fases de luto;</p> <p>Identificar medos após morte da pessoa;</p> <p>Ensinar sobre importância de expressar emoções durante o luto;</p> <p>Ensinar sobre importância de verbalizar memórias;</p> <p>Informar sobre a importância de manter as atividades lúdicas no luto;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | 35 min |
| Conclusão | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Informar o cuidador que a próxima sessão será a última;</p> <p>Agendamento da próxima sessão;</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |

Sessão 9: Final

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|--|--|---|----------------|
| Introdução | <p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Explicar objetivo da sessão;</p> | <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> | 5 min |
| Desenvolvimento | <p>Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador;</p> <p>Aplicar Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI);</p> <p>Aplicar Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do Cuidador (CAMI);</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Sala</p> <p>Mesas</p> <p>Cadeiras</p> <p>Canetas</p> <p>Folhas</p> | 35 min |

| | | | | |
|------------------|--|---------------|----------|--------------|
| Conclusão | Resumo das sessões; | Ativo | | |
| | Solicitar feedback do programa aplicado; | Interrogativo | Sala | |
| | Esclarecimento de dúvidas; | o | Mesa | 5 min |
| | Orientar para Follow Up em 3 meses; | Participativo | Cadeiras | |
| | | o | | |

Sessão de follow up

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|---|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicar objetivo da sessão de follow up; | Expositivo Participativo | Sala Mesas Cadeiras | 5 min |
| Desenvolvimento | Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador; Aplicar Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI); Aplicar Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do Cuidador (CAMI); Identificar dificuldades sentidas; Avaliar eficácia das estratégias adquiridas durante a sessão de psicoeducação realizada; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | Sala Mesas Cadeiras Canetas Folhas | 35 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas. | Ativo Interrogativo Participativo | Sala Mesa Cadeiras | 5 min |
| | | o | | |

Parte III – considerações finais

O cuidador informal tem um papel crucial na comunidade e na saúde em Portugal, pois com estes é possível descentralizar os cuidados prestados à pessoa dependente do SNS, dando resposta à falta de vagas em IPSS, ERPI e meios hospitalares, como ainda reduzir a propagação de doenças infecciosas

E neste caso, o EESMP tem o papel **fundamental**, em forma de melhorar e promover a saúde mental e o bem-estar biopsicossocial dos cuidadores informais, reduzir o stress e sobrecarga do cuidador e ainda fornecer informações para que estes possam prestar cuidados de qualidade.

Assim sendo, o EESMP é visto como um elemento facilitador por forma a promover uma transição saudável ao cuidador informal.

A Ordem dos Enfermeiros (2021) refere que: *“existe uma lacuna na documentação sobre a uniformização das práticas, sendo as intervenções ainda muito baseadas em conhecimentos empíricos e experiência profissional que não deixa de ter o seu valor, mas reveste-se da maior importância que a prática seja baseada na evidência. Cada vez mais há uma maior necessidade de sustentar os conhecimentos e a forma de prestação de cuidados que demonstra ganhos efetivos em saúde.”*

Desta forma, com a elaboração do manual de boas práticas, será possível uniformizar os cuidados aos cuidadores informais na ULSM.

A elaboração deste guia tem como objetivo principal orientar a prestação de cuidados de qualidade na área da Saúde Mental e psiquiátrica, mais especificamente na promoção da saúde mental dos cuidadores informais. Certamente contará com mais contributos no futuro, otimizando a prática e a aquisição de novos conhecimentos baseados em evidências mais recentes.

Referências Bibliográficas

- Alzheimer Europe. (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019- Estimating the prevalence of dementia in Europe (pp.1-108). Alzheimer Europe.
https://www.alzheimereuropa.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Decreto-Lei nº8/2010 (2010). Diário da república: I série, nº 19.
https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776?_ts=1653955200034
- Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2021). Enfermagem de saúde mental e os cuidadores. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções (pp.313-317). Lidel – Edições Técnicas
- Gomes, J., Cortez, E., & Damásio, V. (2021). Saúde mental em todas as políticas: oito exemplos de como fazer. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções (pp.49-56). Lidel – Edições Técnicas
- International Council of Nurses. (2019). ICN Browser.
<https://www.icn.ch/whatwedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lei nº 36/98 (1998). Diário da república: I série-A, nº 169.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/36-1998-424762>
- Lopes, J. C. D. O. (2017). *Acompanhamento do cuidador informal da pessoa com demência nos cuidados de saúde primários* (Doctoral dissertation).
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. Recuperado de
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções.

Apêndice III
(Formação do projeto de gestão)

Intervenções Psicoterapêuticas
 Projeto Gestão

André Macedo, Inês Araújo, Joana Vieira, João Santos

Glantt

Foram verificadas lacunas referentes às intervenções psicoterapêuticas, aos diagnósticos de enfermagem, sendo estes muito escassos no sistema operativo.

Autorizada a atualização das intervenções psicoterapêuticas e diagnósticos.

Importância dos registos

Intervenção → Registo → Dados

Importância dos registos

Dados

Intervenção, Registo, Avaliação, Diagnóstico, Plano de Cuidados

Intervenções psicoterapêuticas

| Categoria | Intervenções Psicoterapêuticas |
|-------------------------|---|
| Psicoterapia individual | Executar escuta ativa Executar psicoeducação Executar relação de ajuda Executar reestruturação cognitiva Executar reestruturação cognitiva Executar técnica de modificação do comportamento Executar técnica de relaxamento Executar treino metacognitivo Executar entrevista motivacional Executar treino de autocontrolo |

Intervenções psicoterapêuticas

| Categoria | Intervenções Psicoterapêuticas |
|-----------------------|---|
| Psicoterapia familiar | Executar escuta ativa Executar psicoeducação Executar relação de ajuda Executar técnica de relaxamento Executar entrevista motivacional |

Intervenções psicoterapêuticas

| Categoria | Intervenções Psicoterapêuticas |
|--|---|
| Sessões psico-educacionais familiares em grupo por família | Executar escuta ativa Executar psicoeducação |

Intervenções psicoterapêuticas



| Categoria | Intervenções Psicoterapêuticas |
|-----------------------------------|--|
| Psicoterapia de grupo, por idades | Executar escuta ativa Executar psicoeducação Executar técnica de relaxamento Executar entrevista motivacional |

Intervenções psicoterapêuticas exemplo

| Intervenções Psicoterapêuticas | Diagnósticos |
|--------------------------------|---|
| Executar treino metacognitivo | Definição/Warcação do pensamento Atuação/Percepção alterada Insight comprometido Comportamento compulsivo presente Obsessão presente Humor depressivo presente |

Conclusão

- Competências específicas dos CESMP P3.1, P3.2 (processo enfermagem)
- Competências específicas dos CESMP C1 e C2 (gestão)
- Monitorar tempo de cuidados prestados para melhorar rotas.
- Oferecer dados para estudos
- Melhoria de cuidados
- Continuidade de cuidados
- Registos padronizados para os profissionais
- Cálculo de indicadores
- Validação profissional

**Bibliografia**

Alvarado, G., Soares, M., & Gonçalves, A. (2014). Classificação das intervenções em Enfermagem (ICE). *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 1-10.

Associação de Registos. (2016). *Registos de Competências Específicas de Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. <http://www.associaçãoregistros.pt/pt/competencias-especificas>

CEH. (2010). *Guia de Referência Clínica: Avaliação global do estado de consciência*. <http://www.cespu.pt/pt/competencias-especificas>

Costa, J., Faria, J., Aguiar, A., Pinheiro, M., & Santos, M. (2015). *Os sintomas de alteração de consciência e os intervenções de enfermagem: revisão para a prática clínica*. *Acta Médica Portuguesa*, 30(1), 45-50. <http://www.actamedica.pt/pt/acta/30/1/45-50.html>

Costa, J., Aguiar, A., & José David, M. T. (2014). *Intervenções de enfermagem em alterações de estado mental: conceitos e desafios*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18(1), 10-15. <http://www.rpe-sm.pt/>

Costa, J., Aguiar, A., & José David, M. T. (2016). *Modelo de intervenção psicossocial em alterações de estado mental: uma abordagem baseada em evidências*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20(1), 10-15. <http://www.rpe-sm.pt/>

Costa, J., & Santos, J. (2010). *Intervenções em saúde mental: abordagem e intervenções*. *Luís*

Apêndice IV
(Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento)

Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento

Foco: Sono/ Ansiedade

Diagnóstico: Sono, comprometido; Ansiedade, presente

Objetivos: Melhorar o padrão de sono

Diminuir a tensão muscular

Público-alvo: 3 pessoas do internamento de agudos do serviço de psiquiatria do Hospital de Braga

Contraindicações: Défice cognitivo acentuado

Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada

Agitação psicomotora

Estado confusional

Acuidade auditiva diminuída

Local e Horário: Ginásio, 6 sessões de 30 a 45min., 11h-19h.

Recursos humanos: EESMP

Recursos materiais: Ginásio, Colchões, Almofadas, Cadeira, Material de escrita, Guiões do relaxamento, Instrumentos de avaliação, Coluna de música e Telemóvel.

Procedimento: Técnica de relaxamento muscular modificado (**Anexo I**), Técnica de relaxamento imaginação guiada “A praia” (**Anexo II**), Técnica de relaxamento imaginação guiada “A pirâmide” (**Anexo III**), Técnica de relaxamento imaginação guiada “O campo” (**Anexo IV**)

Critérios de avaliação inicial e final: Aplicação do Índice de qualidade do sono de Pittsburgh inicial (**Anexo V**) e final (**Anexo VI**) e escala de avaliação de ansiedade de Hamilton inicial (**Anexo VII**) e final (**Anexo VIII**)

Reflexão: As 3 pessoas que participaram nas sessões de relaxamento diminuíram ligeiramente aos seus scores do índice de qualidade do sono de Pittsburgh, o que se traduz em ganhos ao longo da intervenção psicoterapêutica. No entanto, ainda mantêm scores que se retratam em pobre qualidade do sono. Em relação à escala de avaliação de ansiedade de Hamilton os scores aumentaram do início para o fim da intervenção à exceção da MLFF, que diminuiu ao score da escala.

Nome: Grupo 3 pessoas Diagnóstico de Internamento: _____

| Foco: Sono | | | |
|--|--|----------------------------|----------|
| Atividades de Diagnóstico: Pessoas com insónias diariamente. Score do Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (Pobre qualidade de sono). | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Sono, comprometido | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Sono, não comprometido | | | |
| Objetivo: Melhorar o sono | | | |
| Início | Intervenções de Enfermagem | Horário | Termo |
| 23/01/23 | <ul style="list-style-type: none">- Gerir ambiente físico;- Planear o horário de sono/ repouso;- Vigiar o sono;- Executar técnica de relaxamento. | Sem Horário M N M | 27/01/23 |
| Critérios de Resultado: Melhoria da qualidade e padrão de sono. Melhoria do Score do Índice de qualidade do sono de Pittsburgh. | | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|----------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Alto Score da escala de avaliação de ansiedade de Hamilton | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade, não presente | | | |
| Objetivo: Melhorar a ansiedade | | | |
| Início | Intervenções de Enfermagem | Horário | Termo |
| 23/01/23 | <ul style="list-style-type: none">- Gerir ambiente físico;- Promover a participação em atividades de distração;- Proporcionar conforto;- Executar técnica de relaxamento. | Sem Horário M Sem Horário M | 27/01/23 |
| Critérios de Resultado: Melhoria do Score da escala de avaliação de ansiedade de Hamilton. | | | |

Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento

Desenvolvimento da Sessão 1

| <i>Etapas</i> | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|-------------------------------|--|---|--|----------------|
| <i>Introdução</i> | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| <i>Desenvolvimento</i> | Execução do relaxamento (procedimento: Imaginação guiada “A praia”) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| <i>Conclusão</i> | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Aplicação das escalas; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Material de escrita Instrumentos de avaliação | 5 min |

Desenvolvimento da Sessão 2

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| Desenvolvimento | Execução do relaxamento (procedimento: Técnica de relaxamento muscular modificado) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| Conclusão | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |

Desenvolvimento da Sessão 3

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| Desenvolvimento | Execução do relaxamento (procedimento: Imaginação guiada “A pirâmide”) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| Conclusão | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |

Desenvolvimento da Sessão 4

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| Desenvolvimento | Execução do relaxamento (procedimento: Técnica de relaxamento muscular modificado) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| Conclusão | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |

Desenvolvimento da Sessão 5

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|---|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| Desenvolvimento | Execução do relaxamento (procedimento: Imaginação guiada: “O campo”) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| Conclusão | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |

Desenvolvimento da Sessão 6

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação da intervenção; Apresentação dos objetivos; Motivar para a intervenção. | Expositivo Interrogativo Ativo | Ginásio Colchões Almofadas | 5 min |
| Desenvolvimento | Execução do relaxamento (procedimento: Imaginação guiada: “A praia”) | Expositivo | Ginásio Colchões Almofadas Telemóvel Coluna de música Guiões de relaxamento | 30 min |
| Conclusão | Proporcionar momento para expressar opinião acerca da intervenção; Aplicação das escalas; Cumprimentos finais. | Ativo Interrogativo | Ginásio Colchões Almofadas Instrumentos de avaliação | 5 min |

Apêndice V
(Plano de intervenção ASP)

Nome: ASP _____ Diagnóstico de Internamento: Depressão e TS

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens (Score 35/56) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton) -Monitorizar sinais vitais -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (ansiedade e técnicas respiratórias) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir medicação prescrita em SOS | Horário M M M M M T T SOS | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton (6/56) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Insónia | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) (Score 11) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Insónia ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir insónia | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT) -Monitorizar sinais vitais -Executar psicoeducação (padrão de sono e técnicas de respiração) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir ambiente físico -Gerir medicação prescrita em SOS -Vigiar sono | Horário M M M T T N SOS N | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT (Score 5) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Depressão de Beck (Score 21) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo | | | |
| Resultado de Enfermagem Humor melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar Humor | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de depressão de Beck) -Executar psicoeducação (humor) -Executar reestruturação cognitiva -Vigiar humor -Vigiar risco de comportamentos autodestrutivos | Horário M M M M M M M MTN | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de depressão de Beck (score 4) | | | |

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------------|
| Foco: Suicídio | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Questionário de ideação suicida (Score 100) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Suicídio, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem Risco de Suicídio, ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir risco de suicídio | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Questionário de ideação suicida) -Executar Reestruturação Cognitiva -Gerir ambiente físico -Vigiar risco de comportamentos autodestrutivos | Horário M M T MTN | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score do Questionário de ideação suicida (Score 17) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Ideação Suicida | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Questionário de ideação suicida (Score 100) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ideação Suicida, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem Ideação Suicida, não presente | | | |
| Objetivo: Diminuir ideação suicida | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala do risco de suicidio de Beck) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal -Executar Reestruturação Cognitiva | Horário M M M M T MTN | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score do Questionário de ideação suicida (Score 17) | | | |

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 3.25) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M T MTN | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 3,5 – melhorou) | | | |

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Appetite | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Perda de peso (60Kg) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Falta de appetite | | | |
| Resultado de Enfermagem: Falta de appetite ausente | | | |
| Objetivo: Melhorar alimentação | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar psicoeducação (importância da alimentação e dos nutrientes na saúde mental) -Estabelecer objetivos -Elaborar plano alimentar -Vigiar alimentação -Monitorizar peso | Horário M M M M MTN M 3ªF | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Aumento de peso (62Kg) | | | |

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
| Foco: Pele | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Avaliação da ferida | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ferida traumática auto lesiva pulsos, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem Ferida traumática auto lesiva pulsos, ausente | | | |
| Objetivo: Cicatrizar ferida | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Monitorizar ferida -Vigiar ferida -Executar tratamento à ferida -Realizar ensinios | Horário M 2/2d M 2/2d M 2/2d M | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Avaliar ferida (cicatrizada) | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---------------------|
| Foco: Dor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Monitorização da dor segundo escala numérica (7) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Dor dorso, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem Dor dorso, ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir dor | | | |
| Início 17/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Monitorizar dor segundo escala numérica -Gerir medicação prescrita em SOS | Horário MTN SOS | Termo 02/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Monitorização da dor segundo escala numérica (4) | | | |

Atitudes Terapêuticas Ativas ou Atividades Diagnósticas Ativas

| Intervenções de Enfermagem | Especificações |
|----------------------------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

- Notas de Evolução de Enfermagem (motivo de admissão/diagnóstico e breve resumo do internamento)

Durante o internamento foram realizadas as seguintes intervenções: Reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa, psicoeducação, técnica de relaxamento. Da parte médica foi alterada a terapêutica. Com as intervenções associadas à terapêutica, a pessoa apresentou uma evolução positiva, diminuindo os sinais/sintomas de ansiedade, tendo sido executada a técnica de relaxamento, relação de ajuda como forma de aquisição de novas estratégias para autocontrolo melhorando o *coping*, e a psicoeducação para estar atento aos sinais desta. Apresentou melhoria de sono após aplicação da técnica de relaxamento e realizada a psicoeducação acerca de uma boa higiene do sono. Apresentou melhoria de humor e regressão da ideação suicida após ser executada a escuta ativa, relação de ajuda, psicoeducação e reestruturação cognitiva, para incentivar à expressão de emoções/sentimentos como os seus significados, trabalhando os pensamentos automáticos e esquemas cognitivos relacionados com a ideação suicida e foram elaboradas novas estratégias para o problema financeiro. O apetite aumentou segundo informação da pessoa, tendo também adquirido 2kg ao peso inicial. Foram executados tratamentos às feridas com remoção de material de sutura a dia 31/01 após cicatrização. Dorsalgias diminuídas e realizados ensinamentos acerca da toma de analgésicos em SOS.

Data 02/02/2023 (EE n. 17598) EE Responsável André Macedo

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia, humor, ideação suicida e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia, humor depressivo, ideação suicida e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ASP |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , insónia, humor, autocontrolo ansiedade e diminuir ideação suicida |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete e quarto da pessoa |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ASP |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, quarto da pessoa, cama, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião relaxamento por imaginação guiada, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 e telemóvel |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Identificar diagnósticos: <i>Coping </i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i> coping </i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar insónia e ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objectivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 quando ansioso | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objectivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar a pessoa se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Executar terapia de relaxamento por imaginação guiada -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar síntese da intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i>coping</i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 3 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor, ansiedade, apetite e insónia |
| Diagnósticos: | Humor deprimido, falta de apetite, autocontrolo ansiedade comprometido e insónia |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ASP |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca da insónia, humor deprimido e ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM -Identificar diagnósticos: Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido, insónia -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca dos sintomas de ansiedade e humor deprimido .Ensinar ligação entre humor deprimido, insónia e ansiedade .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Ensinar importância da alimentação no humor deprimido -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que a pessoa reflecta acerca dos sintomas sentidos antes do internamento para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar acerca dos sintomas que sentiu conforme solicitado na sessão anterior -Instruir acerca de sintomas da ansiedade e humor deprimido -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, humor deprimido e insónia | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da alimentação saudável -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómeegas na saúde mental -Solicitar síntese da intervenção | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Técnica de Relaxamento por imaginação guiada

| | |
|------------------------------|---|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 30 a 45 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Ansiedade, Insónia |
| Diagnósticos: | Autocontrolo ansiedade comprometido e Insónia |
| Local: | Hospital de Braga, quarto |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ASP |
| Objetivos: | Melhorar insónia e sintomatologia da ansiedade |
| Recursos | Quarto, cama, cadeira, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folha, telemóvel e guião da imaginação guiada |
| Crítérios de exclusão | Défice cognitivo acentuado, atividade alucinatória/delirante, agitação, estado confusional, risco de heteroagressividade, diminuição da acuidade auditiva |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: -MEEM, escala de Hamilton 14 itens e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Identificar diagnósticos: Autocontrolo ansiedade comprometido e Insónia -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <li style="padding-left: 20px;">. Melhorar insónia e sintomatologia da ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 35 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|--------------------------------------|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada | Ativo Expositivo Participativo | 20 min. |
| Conclusão | -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|--------------------------------------|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada | Ativo Expositivo Participativo | 20 min. |
| Conclusão | -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Solicitar feedback da família acerca da nova estratégia - Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: . Escala de Hamilton 14 itens e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Reestruturação cognitiva

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Ideação suicida e humor depressivo |
| Diagnósticos: | Ideação suicida e humor depressivo |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ASP |
| Objetivos: | Melhorar humor, diminuir ideação suicida |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de depressão de beck, escala de intenção suicida de beck -Identificar diagnósticos: Humor depressivo, ideação suicida -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Modificar esquemas cognitivos e pensamentos automáticos -Explicar o que são esquemas cognitivos e pensamento automáticos -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que registe os pensamentos de ideação suicida | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar registo de pensamentos de ideação suicida -Explorar em que contextos surgem os pensamentos de ideação suicida -Explorar o motivo da ideação suicida -Incentivar a realizar tarefas prazerosas para ele, como jogar cartas e dominó -Solicitar que reflita acerca dos sintomas de ansiedade e humor depressivo, e que estratégia utilizar para a sua resolução | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar a estratégia que utilizaria para resolução do humor depressivo e ansiedade -Auxiliar na elaboração de um novo plano para o negócio como estratégia para resolução do problema financeiro da empresa -Incentivar à verbalização de mensagens positivas, ex: “sou capaz de ultrapassar esta dificuldade financeira, tenho família que me apoia” -Solicitar que inclua os familiares nas novas estratégias para que possam auxiliar | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar feedback da família acerca da nova estratégia -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: .Escala de depressão de Beck, escala de intenção suicida de Beck | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice VI
(Plano de intervenção: ADVB)

Nome: ADVB _____ Diagnóstico de Internamento: Depressão

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens (Score 50/56) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 21/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton) -Monitorizar sinais vitais -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (ansiedade e técnicas respiratórias) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir medicação prescrita em SOS | Horário M M M M M T T SOS | Termo 16/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton (29/56) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Insónia | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) (Score 14) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Insónia ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir insónia | | | |
| Início 21/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT) -Monitorizar sinais vitais -Executar psicoeducação (padrão de sono e técnicas de respiração) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir ambiente físico -Gerir medicação prescrita em SOS -Vigiar sono | Horário M M M T T N SOS N | Termo 16/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT (Score 8) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Depressão de Beck (Score 26) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo | | | |
| Resultado de Enfermagem Humor melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar Humor | | | |
| Início 21/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de depressão de Beck) -Executar psicoeducação (humor) -Executar reestruturação cognitiva -Vigiar humor -Vigiar risco de comportamentos autodestrutivos | Horário M M M M M M M MTN | Termo 16/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de depressão de Beck (score 10) | | | |

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 1) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 21/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M T MTN | Termo 16/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 2,5) | | | |

Atitudes Terapêuticas Ativas ou Atividades Diagnósticas Ativas

| Intervenções de Enfermagem | Especificações |
|----------------------------|----------------|
| Gerir terapêutica em SOS | |
| | |
| | |
| | |

- Notas de Evolução de Enfermagem (motivo de admissão/diagnóstico e breve resumo do internamento)

Durante o internamento foram realizadas as seguintes intervenções: Reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa, psicoeducação, técnica de relaxamento. Houve melhoria de todos os scores dos instrumentos de avaliação, mas mantém diagnósticos de enfermagem de sono comprometido, ansiedade presente, *coping* ineficaz e humor depressivo.

Data 16/02/2023 (EE n. 17598) EE Responsável André Macedo

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia, humor e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia, humor depressivo e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ADVB |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , insónia, humor e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete e quarto da pessoa |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ADVB |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , sono e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, quarto da pessoa, cama, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião relaxamento por imaginação guiada, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 e telemóvel |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Identificar diagnósticos: <i>Coping </i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i> coping </i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar insónia e ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 quando ansioso | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Executar terapia de relaxamento por imaginação guiada -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar síntese da intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 3 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor, ansiedade, apetite e insónia |
| Diagnósticos: | Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido e insónia |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ADVB |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca da insónia, humor deprimido e ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM -Identificar diagnósticos: Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido, insónia -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca dos sintomas de ansiedade e humor deprimido .Ensinar ligação entre humor deprimido, insónia e ansiedade .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Ensinar importância da alimentação no humor deprimido -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que reflita acerca dos sintomas sentidos antes do internamento para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Questionar acerca dos sintomas que sentiu conforme solicitado na sessão anterior -Instruir acerca de sintomas da ansiedade e humor deprimido -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, humor deprimido e insónia | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da alimentação saudável -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómeegas na saúde mental -Solicitar síntese da intervenção | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Reestruturação cognitiva

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor depressivo |
| Diagnósticos: | Humor depressivo |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | ADVB |
| Objetivos: | Melhorar humor |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de depressão de Beck -Identificar diagnósticos: Humor depressivo -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Modificar esquemas cognitivos e pensamentos automáticos -Explicar o que são esquemas cognitivos e pensamento automáticos -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que registe os pensamentos negativos | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar registo de pensamentos que levam ao humor deprimido -Explorar em que contextos se agrava a sintomatologia depressiva -Explorar o motivo do humor depressivo -Incentivar a realizar tarefas prazerosas para ela -Solicitar que reflita acerca dos sintomas de ansiedade e humor depressivo, e que estratégia utilizar para a sua resolução | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar a estratégia que utilizaria para resolução do humor depressivo e ansiedade -Incentivar à comunicação de problemas com familiares, estabelecendo um plano -Incentivar a substituir o isolamento social por atividades com amigos ou família para interação social -Incentivar à verbalização de mensagens positivas, ex: “sou capaz de ultrapassar estas dificuldades, tenho um grande suporte familiar e de amigos -Solicitar que inclua os familiares nas novas estratégias para que possam auxiliar | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar feedback da família acerca da nova estratégia -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: .Escala de depressão de Beck | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice VII
(Plano de intervenção: MPPF)

Nome: MPPF _____

Diagnóstico de Internamento: Depressão

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens (Score 31/56) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 31/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton) -Monitorizar sinais vitais -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (ansiedade e técnicas respiratórias) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir medicação prescrita em SOS | Horário M M M M M T T SOS | Termo 22/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton (12/56) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Insónia | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) (Score 10) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Insónia ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir insónia | | | |
| Início 31/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT) -Monitorizar sinais vitais -Executar psicoeducação (padrão de sono e técnicas de respiração) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir ambiente físico -Gerir medicação prescrita em SOS -Vigiar sono | Horário M M M T T N SOS N | Termo 22/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT (Score 6) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Depressão de Beck (Score 19) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo | | | |
| Resultado de Enfermagem Humor melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar Humor | | | |
| Início 31/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de depressão de Beck) -Executar psicoeducação (humor) -Executar reestruturação cognitiva -Vigiar humor -Vigiar risco de comportamentos autodestrutivos | Horário M M M M M M M MTN | Termo 22/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de depressão de Beck (score 5) | | | |

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 3) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 31/01/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M T MTN | Termo 22/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 3,25) | | | |

Atitudes Terapêuticas Ativas ou Atividades Diagnósticas Ativas

| Intervenções de Enfermagem | Especificações |
|----------------------------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

- Notas de Evolução de Enfermagem (motivo de admissão/diagnóstico e breve resumo do internamento)

Durante o internamento foram realizadas as seguintes intervenções: Reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa, psicoeducação, técnica de relaxamento. Houve melhoria de todos os diagnósticos identificados, apesar de manter um sono comprometido.

Data 22/02/2023 (EE n. 17598) EE Responsável André Macedo

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia, humor e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia, humor depressivo e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MPPF |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , insónia, humor e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete e quarto da pessoa |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MPPF |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , sono e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, quarto da pessoa, cama, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião relaxamento por imaginação guiada, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 e telemóvel |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Identificar diagnósticos: <i>Coping </i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i> coping </i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar insónia e ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 quando ansioso | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Executar terapia de relaxamento por imaginação guiada -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar síntese da intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 3 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor, ansiedade, apetite e insónia |
| Diagnósticos: | Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido e insónia |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MFFP |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca da insónia, humor deprimido e ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM -Identificar diagnósticos: Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido, insónia -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca dos sintomas de ansiedade e humor deprimido .Ensinar ligação entre humor deprimido, insónia e ansiedade .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Ensinar importância da alimentação no humor deprimido -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que reflita acerca dos sintomas sentidos antes do internamento para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Questionar acerca dos sintomas que sentiu conforme solicitado na sessão anterior -Instruir acerca de sintomas da ansiedade e humor deprimido -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, humor deprimido e insónia | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da alimentação saudável -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómeegas na saúde mental -Solicitar síntese da intervenção | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Reestruturação cognitiva

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | humor depressivo |
| Diagnósticos: | humor depressivo |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MFFP |
| Objetivos: | Melhorar humor |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de depressão de Beck -Identificar diagnósticos: Humor depressivo -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Modificar esquemas cognitivos e pensamentos automáticos -Explicar o que são esquemas cognitivos e pensamento automáticos -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que registe os pensamentos negativos | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar registo de pensamentos negativos -Explorar em que contextos se agrava a sintomatologia depressiva -Explorar o motivo da ideação suicida -Incentivar a realizar tarefas prazerosas para ele, como jogar cartas e ir a jogos de futebol -Solicitar que reflita acerca dos sintomas de ansiedade e humor depressivo, e que estratégia utilizar para a sua resolução | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar a estratégia que utilizaria para resolução do humor depressivo e ansiedade -Incentivar à comunicação de problemas com familiares, estabelecendo um plano -Incentivar a substituir o isolamento social por atividades com amigos ou família -Incentivar à verbalização de mensagens positivas, ex: “sou capaz de ultrapassar estas dificuldades, tenho família que me apoia” -Solicitar que inclua os familiares nas novas estratégias para que possam auxiliar | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar feedback da família acerca da nova estratégia -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de depressão de Beck | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice VIII
(Plano de intervenção: MDCF)

Nome: MDCF _____ Diagnóstico de Internamento: Depressão

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens (Score 43/56) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 06/02/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton) -Monitorizar sinais vitais -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (ansiedade e técnicas respiratórias) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir medicação prescrita em SOS | Horário M M M M M T T SOS | Termo 21/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton (16/56) | | | |

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Foco: Insónia | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) (Score 14) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Insónia ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir insónia | | | |
| Início 06/02/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT) -Monitorizar sinais vitais -Executar psicoeducação (padrão de sono e técnicas de respiração) -Executar técnica de relaxamento de imaginação guiada -Gerir ambiente físico -Gerir medicação prescrita em SOS -Vigiar sono | Horário M M M T T N SOS N | Termo 21/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT (Score 4) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Depressão de Beck (Score 25) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo | | | |
| Resultado de Enfermagem Humor melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar Humor | | | |
| Início 06/02/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de depressão de Beck) -Executar psicoeducação (humor) -Executar reestruturação cognitiva -Vigiar humor -Vigiar risco de comportamentos autodestrutivos | Horário M M M M M M M MTN | Termo 21/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de depressão de Beck (score 8) | | | |

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 2,25) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 06/02/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M T MTN | Termo 21/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente (Score 3,25) | | | |

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| Foco: Apetite | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Perda de peso (perda de 16Kg) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Falta de apetite | | | |
| Resultado de Enfermagem: Falta de apetite ausente | | | |
| Objetivo: Melhorar alimentação | | | |
| Início 06/02/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar psicoeducação (importância da alimentação e dos nutrientes na saúde mental) -Estabelecer objetivos -Elaborar plano alimentar -Vigiar alimentação -Monitorizar peso | Horário M M M M MTN M 3ªF | Termo 21/02/2023 |
| Critérios de Resultado: Aumento de peso (aumentou 3Kg) | | | |

Atitudes Terapêuticas Ativas ou Atividades Diagnósticas Ativas

| Intervenções de Enfermagem | Especificações |
|----------------------------|----------------|
| Gerir terapêutica em SOS | |
| | |
| | |
| | |

- Notas de Evolução de Enfermagem (motivo de admissão/diagnóstico e breve resumo do internamento)

Durante o internamento foram realizadas as seguintes intervenções: Reestruturação cognitiva, relação de ajuda, escuta ativa, psicoeducação, técnica de relaxamento. No entanto, apesar da diminuição da sintomatologia, ainda a mantém presente.

Data 21/02/2023 (EE n. 17598) EE Responsável André Macedo

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia, humor e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia, humor depressivo e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MDCF |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , insónia, humor, autocontrolo ansiedade e diminuir ideação suicida |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete e quarto da pessoa |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MDCF |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, quarto da pessoa, cama, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião relaxamento por imaginação guiada, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 e telemóvel |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Identificar diagnósticos: <i>Coping </i> ineficaz, insónia e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i> coping </i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar insónia e ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 quando ansioso | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Executar terapia de relaxamento por imaginação guiada -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 -Solicitar síntese da intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens, escala breve de <i> coping </i> resiliente e escala de Pittsburgh para avaliação da qualidade de sono -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 3 Sessões |
| Frequência: | 3 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor, ansiedade, apetite e insónia |
| Diagnósticos: | Humor deprimido, falta de apetite, autocontrolo ansiedade comprometido e insónia |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MDCF |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca da insónia, conhecimento de uma boa alimentação, melhorar humor deprimido e ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM -Identificar diagnósticos: Humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido, insónia e perda de apetite -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca dos sintomas de ansiedade e humor deprimido .Ensinar ligação entre humor deprimido, insónia e ansiedade .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Ensinar importância da alimentação no humor deprimido -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que reflita acerca dos sintomas sentidos antes do internamento para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar acerca dos sintomas que sentiu conforme solicitado na sessão anterior -Instruir acerca de sintomas da ansiedade e humor deprimido -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, humor deprimido e insónia | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da alimentação saudável -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómeegas na saúde mental -Solicitar síntese da intervenção | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Reestruturação cognitiva

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | humor depressivo |
| Diagnósticos: | humor depressivo |
| Local: | Hospital de Braga, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | MDCF |
| Objetivos: | Melhorar humor |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de depressão de Beck -Identificar diagnósticos: Humor depressivo -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Modificar esquemas cognitivos e pensamentos automáticos -Explicar o que são esquemas cognitivos e pensamento automáticos -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que registe os pensamentos que negativos | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar registo de pensamentos de pensamentos negativos -Explorar em que contextos surgem os pensamentos negativos -Explorar o motivo do humor depressivo -Incentivar a realizar tarefas prazerosas para ele -Solicitar que reflita acerca dos sintomas de ansiedade e humor depressivo, e que estratégia utilizar para a sua resolução | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar a estratégia que utilizaria para resolução do humor depressivo e ansiedade -Incentivar à resolução de problemas com irmão com quem tem conflitos -Incentivar à verbalização de mensagens positivas, ex: “sou capaz de conseguir um emprego, e tenho família que me apoia” -Solicitar que inclua os familiares nas novas estratégias para que possam auxiliar | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar feedback da família acerca da nova estratégia -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de depressão de Beck | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice IX
(Plano de intervenção: G, JP e Tia)

Focos:

- Cognição
- Papel do Cuidador
- Ansiedade
- *Coping*

Diagnóstico:

- Cognição Comprometida
- Papel Prestador de Cuidado Comprometido
- Ansiedade presente
- *Coping* Ineficaz

Nome: JP (cuidador primário) e Tia (cuidador secundário)

| | | | |
|--|--|---------|-------|
| Foco: Papel do cuidador | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Monitorizar sobrecarga do Cuidador; Monitorizar Dificuldades do Cuidador; Monitorizar Estratégias de <i>Coping</i> do cuidador; <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador; • Aplicar Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) • Aplicar Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do Cuidador (CAMI) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Papel do Cuidador Comprometido | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Papel do Cuidador efetivo | | | |
| Objetivo: Capacitar o cuidador familiar com conhecimentos e habilidades para cuidar do familiar com défice cognitivo ligeiro | | | |
| Início | Intervenções de Enfermagem | Horário | Termo |
| 03/03/2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Executar entrevista clínica; • Aplicar instrumentos de avaliação; • Avaliar conhecimento do cuidador; • Avaliar dificuldades do papel do cuidador; • Executar [Psicoeducação]; • Executar [Técnica de Relaxamento]. | | |
| Critérios de Resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar Score na Escala de Sobrecarga do Cuidador; • Melhorar score no Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI); • Melhorar score no Índice de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do Cuidador (CAMI); | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 03/03/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton 14 itens) -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (Papel do prestador de cuidados e ansiedade) | Horário T T T T T | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|-------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 03/03/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M | Termo |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente | | | |

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1/semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Grupo |
| Focos: | <i>Coping</i> e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Domicilio |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | JP e Tia |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos -Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não-verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 6 Sessões |
| Frequência: | 1/semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Grupo |
| Focos: | Papel do Prestador e ansiedade |
| Diagnósticos: | Conhecimento do papel de prestador de cuidados comprometido e, autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Domicílio |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | JP e Tia |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca do papel de prestador de cuidados e ansiedade |
| Recursos | Sala, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais e quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de Hamilton 14 itens, Escala de depressão de Beck, ESC, CAMI CASI -Identificar diagnósticos -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca: Papel do prestador de cuidados; Ansiedade .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que reflecta acerca das dificuldades sentidas antes da intervenção para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|---------------|-------------------|---------------|----------------|
|---------------|-------------------|---------------|----------------|

| | | | |
|------------------------|---|---|---------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre efeitos na saúde mental no papel de prestador de cuidados -Ensinar sobre níveis de força vital (relação com os outros, conosco e com o corpo) -Explicar importância de manter um bem-estar biopsicossocial -Identificar quais os problemas sentidos da parte do cuidador; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca de sintomas da ansiedade -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, sono, e alimentação -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómegas na saúde mental | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre a patologia -Informar sobre importância do papel do cuidador -Instruir sobre risco de queda e a prevenção -Explicar importância de manter um ambiente seguro e as regras de segurança no domicílio -Identificar no domicílio, junto do cuidador quais os riscos que existem para a doente e possíveis resoluções para os problemas identificados -Ensinar sobre comunicação verbal e não-verbal e a sua importância -Instruir sobre estratégias de comunicação com a pessoa -Identificar barreiras encontradas pelo cuidador na comunicação com a pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 4

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Esclarecer sobre importância do regime medicamentoso -Esclarecer sobre regime medicamentoso da pessoa -Ensinar sobre cuidados a ter com a medicação e os seus efeitos -Instruir sobre estratégias de administração de medicação caso necessidade (agitação, recusa) -Instruir acerca de uma alimentação saudável -Instruir acerca da importância da hidratação -Ensinar sobre as alterações orgânicas e como afetam o comportamento da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 5

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar junto do cuidador quais as atividades básicas de vida mais afetadas até ao momento -Ensinar sobre estratégias a utilizar face às dificuldades sentidas nas atividades básicas de vida -Instruir sobre a importância de acompanhar/supervisionar o familiar durante as atividades de vida diárias e promover a sua autonomia -Ensinar sobre importância de recorrer a recursos na comunidade -Ensinar sobre recursos existentes na comunidade -Ensinar sobre recursos financeiros | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar <i>follow-up</i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 1 Sessão por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Grupo |
| Focos: | <i>Coping</i> e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Gabinete UCC Matosinhos |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | JP e Tia |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião respiração diafragmática, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 , Guião de relaxamento por imaginação guiada |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens e escala breve de <i>coping</i> resiliente -Identificar diagnósticos: <i>Coping</i> ineficaz e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i>coping</i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar autocontrolo ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|-------------------|---|---------------|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |

Desenvolvimento

- Encorajar a pessoa a descrever o motivo da procura de ajuda
- Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados
- Discutir os significados das emoções identificadas
- Solicitar que registe estratégias *coping*, como se teve efeito positivo ou negativo ao lidar com situação até à sessão seguinte

Ativo
 Expositivo
 Participativo
 Interrogativo

50 min.

Conclusão

- Realizar uma síntese da sessão
- Questionar dúvidas
- Agendar próxima sessão

Participativo
 Interrogativo

5 min.

Sessão 2 – 20/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar se registou as estratégias de <i>coping</i> e o seu efeito ao lidar com o problema -Explorar as estratégias utilizadas -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática na sessão -Solicitar que utilize as técnicas de respiração no quando ansiosa até à próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3 – 27/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 e respiração diafragmática -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens e escala breve de <i>coping</i> resiliente -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar <i>follow-up</i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Nome: G

| | | | |
|--|--|---------|-------|
| Foco: Cognição | | | |
| Atividades de Diagnóstico: - Questionário sociodemográfico; - MEEM: score 23; - Teste do relógio. | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Cognição Comprometido | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Cognição melhorada | | | |
| Objetivo: Melhorar a cognição geral | | | |
| Início | Intervenções de Enfermagem | Horário | Termo |
| 03/03 | - Executar entrevista clínica (questionário sociodemográfico); - Avaliar cognição (MEEM e teste do relógio); - Estimular a cognição. | | |
| Critérios de Resultado: - Melhoria do score do MEEM; - Melhorar score no teste do relógio. | | | |

Desenvolvimento da sessão 0

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Apresentação dos intervenientes; Explicação do objetivo da sessão; Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Expositivo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |
| Desenvolvimento | Estabelecer contacto ligação com a pessoa; Apresentar o programa de intervenção e verificar a disponibilidade do idoso e dos cuidadores; Avaliação inicial e sociodemográfica; Aplicação dos instrumentos de avaliação (MEEM-23; TR-0); Definir o diagnóstico de enfermagem: Cognição comprometida; Definir os objetivos: Melhorar/manter a cognição; Solicitar ao familiar para na próxima sessão ter disponível fotografias. | Expositivo Participativo Ativo Interrogativo | Mesa; Cadeiras; Sala; Folheto informativo sobre o programa; Escalas; Computador; Instrumentos de avaliação; Caneta; Lápis; Relógio. | 35 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão. | Ativo Interrogativo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |

Desenvolvimento da sessão 1: Orientação e Reminiscência

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
|------------------------|--|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação do objetivo da sessão. | Expositivo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |
| Desenvolvimento | Técnica de orientação para a realidade; Calendário com imagens referentes à estação do ano, dia, mês e ano e relógio afixado; Terapia de reminiscência: - Mostrar fotos da pessoa e de familiares e pedir para identificar as pessoas e os acontecimentos; Exercício de treino de atenção. | Expositivo Participativo Ativo Interrogativo | Relógio; Álbum de fotos; Calendário; Computador; Mesa; Sala; Caneta; Cadeiras. | 30 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão. | Ativo Interrogativo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |

Desenvolvimento da sessão 2: Orientação, Cálculo e Retenção

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
|------------------------|---|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. | Expositivo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |
| Desenvolvimento | Técnica de orientação para a realidade: -Calendário com imagens referentes à estação do ano, dia, mês e ano e relógio afixado. Terapia de treino de funções específicas Cálculo: - Somas e subtrações (exercícios); Memória: - Pedir para decorar 3 palavras e repetir. | Expositivo Participativo Ativo Interrogativo | Mesa; Cadeiras; Sala; Dinheiro; Calendário; Relógio; Folhas com exercícios; Caneta Computador. | 30 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão. | Ativo Interrogativo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |

Desenvolvimento da sessão 3

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
|------------------------|---|---|---|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. | Expositivo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |
| Desenvolvimento | Técnica de orientação para a realidade: - Calendário com imagens referentes à estação do ano, dia, mês e ano e relógio afixado. Terapia de treino de funções específicas- Atenção: - Exercícios para identificar símbolos; - Encontrar diferenças entre imagens. | Expositivo Participativo Ativo Interrogativo | Mesa; Cadeiras; Sala; Calendário; Relógio; Folhas com exercícios; Caneta; Computador. | 30 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão. | Ativo Interrogativo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |

Desenvolvimento da sessão 4

| Etapas | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
|------------------------|---|---|--|----------------|
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. | Expositivo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |
| Desenvolvimento | Técnica de orientação para a realidade: - Calendário com imagens referentes à estação do ano, dia, mês e ano e relógio afixado. Treino de funções específicas - Habilidade construtiva: - Copiar desenhos de figuras geométricas; - Tarefa de casa: colorir os desenhos. | Expositivo Participativo Ativo Interrogativo | Mesa; Cadeiras; Sala; Calendário; Relógio; Folhas com exercícios; Caneta; Instrumentos de avaliação; Computador. | 30 min |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas. | Ativo Interrogativo Participativo | Mesa; Cadeiras; Sala. | 5 min |

Apêndice X
(Plano de intervenção: ME)

Nome: ME _____ Diagnóstico de Internamento: _____

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 07/03/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton 14 itens) -Executar relação de ajuda formal -Executar psicoeducação (Papel do prestador de cuidados e ansiedade) | Horário T T T T T | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---------------------|
| Foco: Insónia | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Pittsburgh para Avaliação da Qualidade do Sono - versão portuguesa (PSQI-PT) | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insónia inicial, presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Insónia ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir insónia | | | |
| Início 07/03/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (PSQI-PT) -Executar psicoeducação (padrão de sono e técnicas de respiração) | Horário T T T T | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de PSQI-PT | | | |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Depressão de Beck | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo | | | |
| Resultado de Enfermagem Humor melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar Humor | | | |
| Início 07/03/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de depressão de Beck) -Executar psicoeducação (humor) -Executar relação de ajuda formal | Horário T T T T T | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala de depressão de Beck | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|---------------------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem: <i>Coping</i> melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar <i>coping</i> | | | |
| Início 07/03/ 23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala breve de <i>coping</i> resiliente) -Executar escuta ativa -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar score da escala breve de <i>coping</i> resiliente | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------------|---------------------|
| Foco: Conhecimento | | | |
| Atividades de Diagnóstico: ESC, CAMI e CASI | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento sobre papel de prestador de cuidados comprometido | | | |
| Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre papel de prestador de cuidados melhorado | | | |
| Objetivo: Melhorar conhecimentos do papel de prestador de cuidados, reduzir ansiedade e stress | | | |
| Início 07/03/ 23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Executar psicoeducação (Papel do prestador de cuidados) -Executar relação de ajuda formal | Horário M M M M | Termo 11/04/2022 |
| Critérios de Resultado: Melhorar scores de ESC, CAMI e CASI | | | |

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1/semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , insónia, humor, e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, insónia, humor depressivo e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Gabinete UCC Matosinhos |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | ME |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> , insónia, humor e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0 – 07/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos -Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não-verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Psicoeducação

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 6 Sessões |
| Frequência: | 1/semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Conhecimento, humor, ansiedade e insónia |
| Diagnósticos: | Conhecimento do papel de prestador de cuidados comprometido, humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido e insónia |
| Local: | Gabinete UCC Matosinhos |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | ME |
| Objetivos: | Melhorar conhecimento acerca do papel de prestador de cuidados, da insónia, humor deprimido e ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0 – 07/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais e quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de Hamilton 14 itens, Escala de depressão de Beck, ESC, CAMI CASI -Identificar diagnósticos: Conhecimento do papel de prestador de cuidados comprometido, humor deprimido, autocontrolo ansiedade comprometido, insónia -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Ensinar acerca: Papel do prestador de cuidados; Dos sintomas de ansiedade e humor deprimido; Ligação entre humor deprimido, insónia e ansiedade; .Ajudar a identificar situações que possa ser necessário solicitar ajuda -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que reflita acerca das dificuldades sentidas antes da intervenção para dizer na próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1 – 13/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre efeitos na saúde mental no papel de prestador de cuidados -Ensinar sobre níveis de força vital (relação com os outros, connosco e com o corpo) -Explicar importância de manter um bem-estar biopsicossocial -Identificar quais os problemas sentidos da parte do cuidador; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2 – 20/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca de sintomas da ansiedade e humor deprimido -Instruir acerca da ligação entre ansiedade, humor deprimido e insónia -Instruir acerca da importância da higiene de sono na saúde mental -Instruir acerca da importância das vitaminas do complexo B e dos ómeegas na saúde mental | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3 – 27/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre a patologia -Informar sobre importância do papel do cuidador -Instruir sobre risco de queda e a prevenção -Explicar importância de manter um ambiente seguro e as regras de segurança no domicílio -Identificar no domicílio, junto do cuidador quais os riscos que existem para a doente e possíveis resoluções para os problemas identificados -Ensinar sobre comunicação verbal e não-verbal e a sua importância -Instruir sobre estratégias de comunicação com a pessoa -Identificar barreiras encontradas pelo cuidador na comunicação com a pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 4 – 03/04/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Esclarecer sobre importância do regime medicamentoso -Esclarecer sobre regime medicamentoso da pessoa -Ensinar sobre cuidados a ter com a medicação e os seus efeitos -Instruir sobre estratégias de administração de medicação caso necessidade (agitação, recusa) -Instruir acerca de uma alimentação saudável -Instruir acerca da importância da hidratação -Ensinar sobre as alterações orgânicas e como afetam o comportamento da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 5 – 11/04/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar junto do cuidador quais as atividades básicas de vida mais afetadas até ao momento -Ensinar sobre estratégias a utilizar face às dificuldades sentidas nas atividades básicas de vida -Instruir sobre a importância de acompanhar/supervisionar o familiar durante as atividades de vida diárias e promover a sua autonomia -Ensinar sobre importância de recorrer a recursos na comunidade -Ensinar sobre recursos existentes na comunidade -Ensinar sobre recursos financeiros | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar <i>follow-up</i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 1 Sessão por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz e autocontrolo ansiedade comprometido |
| Local: | Gabinete UCC Matosinhos |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Destinatários: | MG |
| Objetivos: | Melhorar <i>coping</i> e autocontrolo ansiedade |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas, folhas, guião respiração diafragmática, guia da técnica de respiração 4, 7, 8 |

Sessão 0 – 07/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MEEM, escala de Hamilton 14 itens e escala breve de <i>coping</i> resiliente -Identificar diagnósticos: <i>Coping</i> ineficaz e autocontrolo ansiedade comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i>coping</i> para melhorar autocontrolo ansiedade Melhorar autocontrolo ansiedade -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1 – 13/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever o motivo da procura de ajuda -Encorajar a pessoa a descrever sintomas da ansiedade, partilhar emoções e pensamentos associados -Discutir os significados das emoções identificadas -Solicitar que registe estratégias <i>coping</i>, como se teve efeito positivo ou negativo ao lidar com situação até à sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2 – 20/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar se registou as estratégias de <i>coping</i> e o seu efeito ao lidar com o problema -Explorar as estratégias utilizadas -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática na sessão -Solicitar que utilize as técnicas de respiração no quando ansiosa até à próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3 – 27/03/2023

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito -Praticar técnica de respiração 4, 7, 8 e respiração diafragmática -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Escala de Hamilton 14 itens e escala breve de <i>coping</i> resiliente -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar <i>follow-up</i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice XI
(Feira da Saúde: Panfletos e Jogos)



Técnica de Respiração para Relaxamento

Feche os olhos e pressione a língua contra o palato;

Inspire pelo nariz durante quatro segundos;

Sustenha a respiração durante sete segundos;

Expire completamente o ar pela boca durante oito segundos

Repita o processo mais três vezes.



Reconheça os Sintomas da Ansiedade

Psicológicos: Medo, inquietação, desconcentração, insónia e irritabilidade.

Físicos: Tensão muscular, tremores, respiração rápida, tonturas, formiguelo, aumento da frequência cardíaca, palpitações, transpiração, boca seca e aumento da vontade de urinar.

Comportamentais: evitamento de comportamentos que lhe provoquem sensação de medo, stress ou ansiedade (por exemplo: viajar de avião, evitar multidões ou alturas)



Técnica de Respiração para Relaxamento

Feche os olhos e pressione a língua contra o palato;

Inspire pelo nariz durante quatro segundos;

Sustenha a respiração durante sete segundos;

Expire completamente o ar pela boca durante oito segundos

Repita o processo mais três vezes.



Reconheça os Sintomas da Ansiedade

Psicológicos: Medo, inquietação, desconcentração, insónia e irritabilidade.

Físicos: Tensão muscular, tremores, respiração rápida, tonturas, formiguelo, aumento da frequência cardíaca, palpitações, transpiração, boca seca e aumento da vontade de urinar.

Comportamentais: evitamento de comportamentos que lhe provoquem sensação de medo, stress ou ansiedade (por exemplo: viajar de avião, evitar multidões ou alturas)



ONDE NOS PODE ENCONTRAR?

+351 910022221

📍 Rua Alfredo Cunha, 365 – 4450-024
 Matosinhos
 Transportes Públicos: 104, 105, 107, 118,
 120, 122, 123, 104N, 105N, 107N, 135, e
 505



O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL



“

Ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade e recuperar a saúde mental, mobilizando os recursos próprios de cada contexto e prestar cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e comunitários, à pessoa, grupo ou comunidade.

”



“
**É Cuidador
 sente-se
 Sobrecarregado?**

Valorize-se. Ser cuidador é das experiências mais dignas e gratificantes do ser humano.

É urgente cuidar da saúde mental dos cuidadores



Em Portugal existem quase 11.000 cuidadores informais. No grande Porto estudos revelam que 52,8% dos cuidadores informais apresentam sobrecarga intensa e 85,7% considera que cuidar do seu familiar exige um grande esforço físico.

Direitos do Cuidador

1. Cuidar de si;
2. Receber ajuda por parte dos familiares;
3. Procurar ajuda;
4. Ficar aborrecido, deprimido e triste;
5. Não deixar que os seus familiares tentem manipulá-lo com sentimentos de culpa;
6. Receber consideração, afeição, perdão e aceitação dos seus familiares e da comunidade;
7. Orgulhar-se do que faz;
8. Proteger a sua individualidade, os seus interesses pessoais e as suas próprias necessidades;
9. Receber formação e treino para cuidar melhor;
10. Ser feliz!

Existem 3 tipos de sobrecarga:

- **Física:** Exaustão física devido aos cuidados e falta de descanso;
- **Emocional:** Deve-se à ansiedade, depressão, falta de apoio e conhecimento em lidar com situações de conflito;
- **Socioeconómica:** O cuidador deixa de ter tempo disponível para si e para a restante família, levando a uma degradação das relações familiares. Para se tornar cuidador vê-se obrigado a abandonar o seu trabalho.

QUAIS os sinais de SOBRECARGA?



Físicos:

Fadiga, falta de apetite, dores musculares, aparência pouco cuidada, alterações do sono, hipertensão arterial, alterações cardiovasculares;

Sinais psíquicos:

Dificuldade de concentração, perda de memória;

Sinais emocionais:

Tristeza, falta de autoestima, irritabilidade;

Sinais sociais:

Isolamento, sentimento de solidão, rutura de relações sociais, falta de interesse/motivação em participar em atividades.

Estratégias para combater a sobrecarga:

- Converse com a sua família e decidam um cuidador secundário, e estabeleçam um horário para este cuidar da pessoa de forma a permitir algum tempo para si;
- Aprenda a dizer NÃO;
- Procure referenciar a pessoa cuidada para uma instituição durante um período de tempo para o seu descanso;
- Tire tempo para si. Dedique-se a atividades que lhe deem prazer. Não se isole, mantenha os seus contatos sociais e fomente a sua autoestima;
- Exprima as suas emoções com as pessoa próximas;
- Esteja atento aos sinais de sobrecarga;
- Pode precisar de descansar. Procure ajuda profissional para obter informação sobre os recursos existentes na sua comunidade
- Procure grupos de ajuda mútua de cuidadores informais;

O cuidador, em especial o cuidador principal, pode experienciar aspetos positivos e negativos. Apesar do ato de cuidar implicar uma sobrecarga física e emocional, muitos cuidadores experienciam satisfação, gratificação, reconhecimento social, maior união familiar, maior atividade física e desenvolvimento de empatia.

ONDE NOS PODE ENCONTRAR?

+351 910022221

Rua Alfredo Cunha, 365 – 4450-024
Matosinhos
Transportes Públicos: 104, 105, 107, 118,
120, 122, 123, 104N, 105N, 107N, 135, e
505



O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL



Ajuda a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e presta cuidados: psicoterapêuticos, psicossociais e psicoducacionais, a pessoa, grupo ou comunidade.

**Sem Saúde
Mental não
Há saúde**
Não seja espectador passivo da
vida!
Contribua para promover a sua
saúde mental e a dos outros!



“ É tempo de falar da sua Saúde Mental

Compreenda Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.”

- Sentirmo-nos bem conosco próprios e na relação com os outros;
- Sermos capazes de lidar de forma positiva com as adversidades;
- É termos confiança e não temermos o futuro;

Mente sã em corpo sã!



Problemas de saúde mental mais

frequentes:

- Ansiedade;
- Maior estar psicólogo ou stress continuado;
- Depressão;
- Dependência de álcool e outros drogas;
- Perturbações psicóticas, como o esquizofrenia;
- Alcool mental;
- Demências;

Quem pode ser afetado?

A o longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas de saúde mental.

Algumas fases, como:

A entrada na escola, adolescência, menopausa, envelhecimento;

Acontecimentos e dificuldades, como:

A perda de um familiar próximo, divórcio, desemprego, reforma e pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental.

Falsos conceitos sobre a doença mental:

- As doenças mentais são fruto da imaginação;
- As doenças mentais não têm cura;
- As pessoas com problemas mentais são pouco inteligentes, preguiçosas, imprevisíveis ou perigosas.

Para manter uma boa SAÚDE MENTAL:

- Não se isole;
- Reforce os laços familiares e de amizade;
- Diversifique os seus interesses;
- Mantenha-se intelectual e fisicamente ativo;
- Consulte o seu médico, perante sinais ou

**ONDE NOS PODE
ENCONTRAR?**

+351 910022221

Rua Alfredo Cunha, 365 – 4450-024
Matosinhos
Transportes Públicos: 104, 105, 107, 118,
120, 122, 123, 104N, 105N, 107N, 135, e
505



**O ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE
MENTAL**



“

Ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e presta cuidados: psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicoeducacionais e psicoeducacionais, a pessoa, grupo ou comunitário.

**“Saiba
COMUNICAR
com a
DEMIÊNCIA**

O que fazer quando a
Comunicação falha?
Orientações para uma boa
comunicação na Demência

UM OLHAR ATENTO SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM DEMÊNCIA

Existem várias causas de demência, e as dificuldades de comunicação de pensamento e sentimentos podem variar de pessoa para pessoa.

Sabia que a comunicação é composta por três partes?;

- 55% corresponde à linguagem corporal, que é a mensagem que transmitimos pela expressão facial, postura e gestos;
- 38% corresponde ao tom da nossa voz;
- 7% corresponde às palavras que utilizamos.

A pessoa com demência pode:

- ter dificuldade em encontrar uma palavra;
- falar sem dificuldades, mas sem sentido;
- ser incapaz de perceber parte ou a totalidade do que lhe é dito;
- apresentar dificuldades na leitura ou escrita;
- interromper ou ignorar alguém que está a falar;
- não responder quando lhe dirigem a palavra;
- ter dificuldade em expressar as emoções.

O que NÃO deve fazer:

- **Discutir.**
Isso só irá tornar a situação pior;
- **Dar ordens à Pessoa;**
- **Dizer à Pessoa o que não pode fazer.**
Em vez disso, diga-lhe aquilo que ela pode fazer;
- **Utilizar tom de voz arrogante.** Pode ser apreendido mesmo que a pessoa não compreenda as palavras, o que a poderá deixar mais perturbada;
- **Falar da Pessoa que está presente como se ela não estivesse.**

O que PODE fazer:

- **Ser flexível e dar tempo à pessoa para compreender e responder;**
- **Falar de forma clara e gentil;**
- **Utilizar frases curtas e simples,** focando uma ideia de cada vez;
- **Sempre que possível, utilizar os nomes das pessoas;**
- **Apontar para os locais;**
- **Demonstrar como fazer;**
- **Tocar ou segurar a mão da pessoa** pode ajudar a manter a sua atenção e mostrar que se preocupa com ela;
- **Evitar ruídos ao mesmo tempo que comunicam,** como TV ou rádio;
- **Manter contacto visual** enquanto fala;
- **Manter rotinas para reduzir a confusão e facilitar a comunicação.**

É importante que todos os familiares e cuidadores utilizem as mesmas formas de comunicar!

ONDE NOS PODE ENCONTRAR?

+351 22 0914650

Rua Alfredo Cunha, 365 – 4450-024
Matosinhos
Transportes Públicos: 104, 105, 107, 118,
120, 122, 123, 104N, 105N, 107N, 135, e
505



O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL



“

Ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa, grupo ou comunitário.

“
**A Medicação
na
DEMÊNCIA**
Dicas e Estratégias para
uma administração e
gestão segura da
medicação



Sabia que a gestão da medicação por parte da pessoa com demência pode ser um problema?

E PORQUE é que a gestão da medicação na demência deve ser feita pelo cuidador?

Quando é feita pela pessoa com demência pode existir esquecimento de a tomar ou pode ser tomada em duplicado, e ambas podem afetar e prejudicar o seu estado. Por vezes na demência pode também haver recusa da toma de medicação por pensarem que é veneno ou pedaços de comida que não conseguem mastigar.



Recomendações

- Escrever a lista da medicação e anotar como tomar;
- A preparação da medicação feita pelo cuidador;
- Esconder a medicação num local seguro e de difícil acesso;
- Vigiar a toma da medicação;
- Informar-se com o seu médico ou enfermeiro dos efeitos terapêuticos e secundários da medicação;

Com a progressão da demência poderão surgir atitudes de recusa na toma da medicação

E agora?

Informe o médico da situação: para rever a consistência (cápsula/comprimido, solução oral/xarope, penso transdérmico) e simplificar/reorganizar o horário das tomas de forma mais adaptada ao ritmo da pessoa/cuidador(es)/familiares caso seja possível;

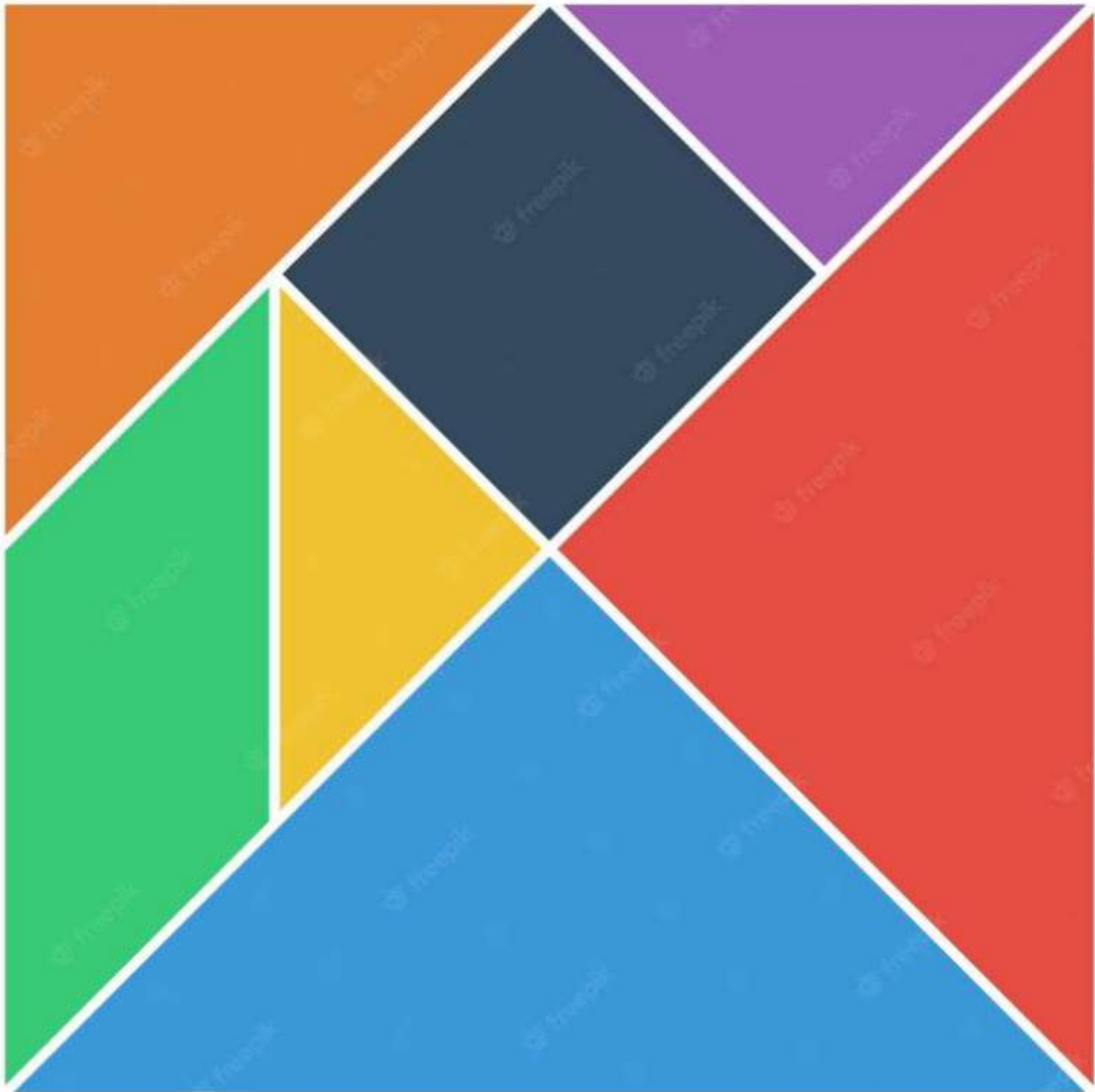
Procure dar comandos verbais simples e de fácil compreensão: durante a explicação poderá demonstrar a toma, de modo a que a pessoa possa fazer por imitação ou distraí-la com um assunto do seu interesse e gosto;

Procure dar a medicação num ambiente calmo e familiar: evite ambientes com ruídos ou distrações que poderão comprometer a concentração e adesão da pessoa;

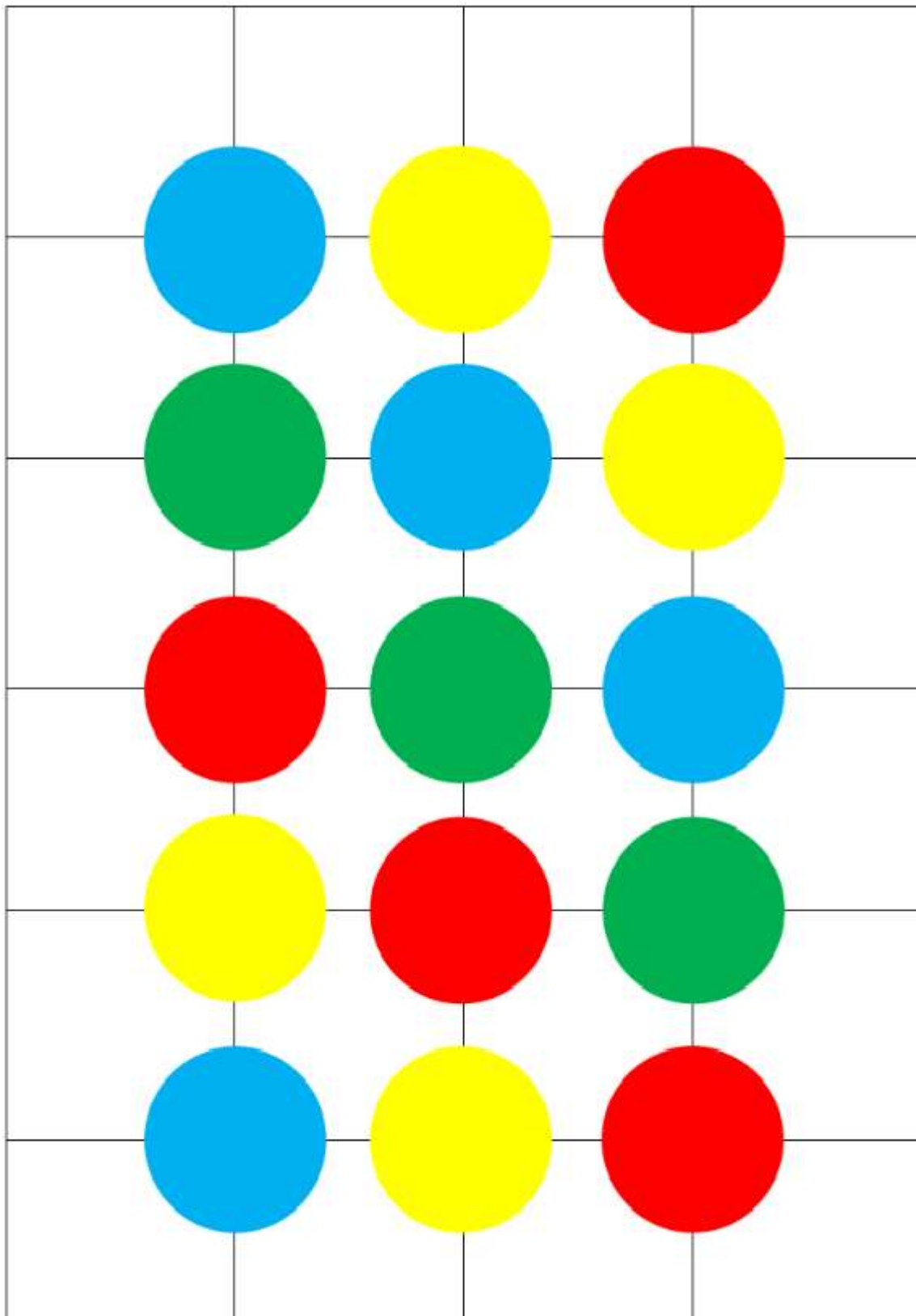
É importante que a pessoa que dê a medicação seja familiar: procure demonstrar uma atitude calma e serena face à situação, a fim de facilitar a adesão;

Lembre-se de não forçar: caso a pessoa recuse tente novamente mais tarde, um pequeno atraso na toma, não irá influenciar a eficácia do medicamento;

Poderá esmagar os medicamentos e misturá-los na comida, no entanto deverá em primeiro lugar consultar o seu médico, para verificar se o medicamento não perderá a sua eficácia.



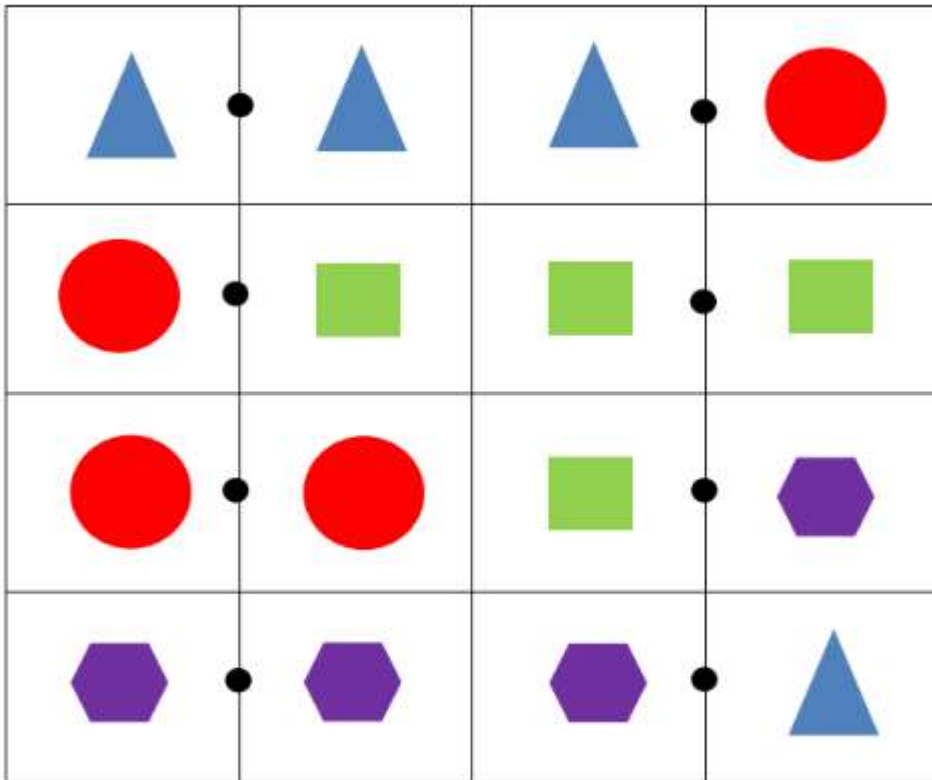
Tangran



Puzzle

| | | | |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| | ● QUEM NÃO TEM CÃO | CAÇA COM GATO | ● EM TERRA DE CEGO |
| QUEM TEM UM OLHO É REI | ● DEPOIS DA TEMPESTADE | VEM A BONANÇA | ● MAIS VALE UM PASSARO NA MÃO |
| DO QUE DOIS A VOAR | ● ÁGUA MOLE EM PEDRA DURA | TANTO BATE ATÉ QUE FURA | ● GRÃO A GRÃO |
| ENCHE A GALINHA O PAPO | ● PARA BOM ENTENDEDOR | MEIA PALAVRA BASTA | ● |

Dominó



Dominó

Apêndice XII
(Plano de intervenção: SMCG)

Nome: SMCG _____ Diagnóstico de Internamento

| | | | |
|--|---|-------------------|-------|
| Foco: Autoestima | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala autoestima Rosenberg - score 12 | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Autoestima comprometida | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Autoestima melhorada | | | |
| Objetivo: Melhorar autoestima | | | |
| Início 17/04/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar escuta ativa -Executar intervenção relação de ajuda formar | Horário T T | Termo |
| Critérios de Resultado: Melhorar score Escala autoestima Rosenberg | | | |

| | | | |
|---|---|-------------------|-------|
| Foco: <i>Coping</i> | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala breve de <i>coping</i> resiliente score 1.75 | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: <i>Coping</i> ineficaz | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: <i>Coping</i> eficaz | | | |
| Objetivo: Melhorar estratégias de <i>coping</i> | | | |
| Início 17/04/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar escuta ativa -Executar intervenção Relação de ajuda formal | Horário T T | Termo |
| Critérios de Resultado: Melhorar scores da escala breve de <i>coping</i> resiliente | | | |

| | | | |
|--|--|-------------------|-------|
| Foco: Humor | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala depressão de Beck score 14 | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Humor deprimido | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Humor eutimico | | | |
| Objetivo: Melhorar humor | | | |
| Início 17/04/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar escuta ativa -Executar Reestruturação cognitiva | Horário T T | Termo |
| Critérios de Resultado: Melhorar scores da escala depressão Beck | | | |

| | | | |
|--|--|------------------------|-------|
| Foco: Capacidade para socializar | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Sem motivação para terapia ocupacional | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para socializar comprometida | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Capacidade para socializar melhorada | | | |
| Objetivo: Melhorar capacidade para socializar | | | |
| Início 17/04/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar escuta ativa -Executar entrevista motivacional -Referenciar para terapia ocupacional | Horário T T T | Termo |
| Critérios de Resultado: Comparecer nas actividades ocupacionais | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|-------|
| Foco: Ansiedade | | | |
| Atividades de Diagnóstico: Escala de Hamilton de 14 itens score 36 | | | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente | | | |
| Resultado de Enfermagem esperado: Ansiedade ausente | | | |
| Objetivo: Diminuir ansiedade e desenvolver estratégias para autocontrolo ansiedade | | | |
| Início 17/04/23 | Intervenções de Enfermagem -Executar entrevista clínica -Executar escuta ativa -Aplicar instrumentos de avaliação (Escala de Hamilton 14 itens) -Executar relação de ajuda formal | Horário T T T T T | Termo |
| Critérios de Resultado: Melhorar score de escala de Hamilton | | | |

Escuta ativa

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 1 Sessão |
| Frequência: | 1/semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , autoestima, humor, capacidade para socializar |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> ineficaz, humor depressivo, autoestima comprometida, capacidade para socializar comprometida |
| Local: | Domicilio da pessoa |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Manifestar interesse pela pessoa -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Partilha de sentimentos, dificuldades e eventos críticos -Elaborar questões de resposta aberta -Encorajar expressão de sentimento e emoções -Explorar significados/sentimentos -Demonstrar empatia -Manifestar compreensão e aceitação -Identificar temas predominantes -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não-verbal -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Manter a porta aberta | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Relação de ajuda formal

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 6 Sessões |
| Frequência: | 1 Sessão por semana |
| Duração: | 45 a 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | <i>Coping</i> , autoestima e ansiedade |
| Diagnósticos: | <i>Coping</i> comprometido, autoestima comprometida, ansiedade presente |
| Local: | Domicílio da pessoa |
| Dinamizadores: | EESMP |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, telemóvel, canetas, folhas, guião técnica relaxamento por imaginação guiada, guião técnica respiração 4,7,8 |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .MiniMental, Escala autoestima Rosenberg, escala breve de <i>coping</i> resiliente e Escala de Ansiedade de Hamilton 14 itens -Identificar diagnósticos: <i>Coping</i> ineficaz e autoestima comprometida -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Obter estratégias de <i>coping</i> (conflitos com familiares) .Melhorar autoestima (claudicação) -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a pessoa a descrever-se -Encorajar a pessoa a partilhar emoções e pensamentos associados -Discutir os significados das emoções identificadas -Solicitar que registe numa lista coisas positivas que observa na própria até à sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Explorar a lista de aspectos positivos solícitos na sessão anterior -Elogiar esforço da pessoa -Solicitar que coloque a lista no quarto e leia diariamente -Questionar motivos dos conflitos familiares -Solicitar que escreva as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela pessoa aquando dos conflitos | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Analisar estratégias de <i>coping</i> utilizadas -Explorar novas estratégias de <i>coping</i> positivas para utilizar (assertividade, expressar sentimentos, resolução de problemas e técnicas de relaxamento) -Elogiar progresso da pessoa -Solicitar que pratique as estratégias até à próxima sessão e se surtiram efeito positivo ou negativo | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 4

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objectivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Analisar as novas estratégias de <i>coping</i> utilizadas -Executar técnica de relaxamento por imaginação guiada -Instruir técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Explicar vantagens da técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática -Solicitar que pratique técnica de respiração 4, 7, 8 e diafragmática na sessão -Solicitar que utilize as técnicas de respiração no quando ansiosa até à próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 5

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objectivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | Questionar se necessitou de usar técnica de respiração 4, 7, 8 e se surtiu efeito <ul style="list-style-type: none"> -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> Escala autoestima Rosenberg Escala breve de <i> coping </i> resiliente Escala de Ansiedade de Hamilton 14 itens -Elogiar progresso da pessoa | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar <i> follow-up </i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Reestruturação cognitiva

| | |
|-----------------------|---|
| Nº de sessões: | 4 Sessões |
| Frequência: | 1 Sessão por semana |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Humor |
| Diagnósticos: | Humor depressivo |
| Local: | Domicílio da pessoa |
| Objetivos: | Melhorar humor |
| Recursos | Gabinete, cadeiras, mesa, instrumentos de avaliação, canetas e folhas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Escala de depressão de beck -Identificar diagnósticos: Humor depressivo -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Modificar esquemas cognitivos e pensamentos automáticos -Explicar o que são esquemas cognitivos e pensamento automáticos -Realizar contrato terapêutico -Solicitar que explore a razão do humor depressivo até sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objectivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Explorar o motivo do humor depressivo e o seu significado -Explorar e analisar as emoções sentidas -Incentivar à partilha das emoções com pessoas significativas -Incentivar a realizar tarefas prazerosas -Solicitar que reflita e escreva os sintomas do humor depressivo, e que estratégia utilizar para a sua resolução | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Analisar e explorar sintomas depressivos como os seus significados -Explorar estratégias a utilizar para substituir isolamento social como por exemplo a participação em terapias ocupacionais -Incentivar à verbalização de mensagens positivas, ex: “sou capaz de ultrapassar esta fase como já o fiz anteriormente” -Solicitar que pratique as estratégias e as verbalizações até sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Explorar a eficácia das estratégias e verbalizações -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: .Escala de depressão de Beck, | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção -Agendar <i>follow-up</i> se necessário | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Apêndice XIII (Sexualidade)

A SAÚDE MASCULINA

Enf. André Macedo

Sexualidade

O que é?

Sexualidade

"É uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sexual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1992).

Sexualidade

"Sexualidade é uma realidade global que envolve toda a personalidade humana ao longo da vida como uma energia que nos motiva a procurar contacto, afecto, prazer, bem-estar e que influencia sentimentos, pensamentos, acções e interações, com as seguintes dimensões integrantes: Biológica, Psico-afectiva, Comunicativa, Ética, Sociocultural e política." (Prof. Palha)

Sexualidade

Por que falar de algo que é tão prazeroso, relaxante, revigorante, natural e que promove tantos benefícios pra saúde física e emocional das pessoas é ainda tabu?

Sexualidade

Curiosidades:

- 32% de M e 34% de H não têm relações sexuais no último mês;
- 20% M e 48% H recorrem à prática da masturbação;
- 5% M e 12% H pratica sexo oral;
- 23,2% M e 38% H estão insatisfeitos com a sua vida sexual;
- 27,6% M e 8,4% H não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua vida sexual;

(Ferreira e Alvim, 2018)

Sexualidade

Em relação à sexualidade dos portugueses:

- 32% consideram os produtos eróticos muito importantes para o aumento de prazer;
- 25% recorre à literatura erótica (revistas);
- 15% utilizam produtos eróticos (exemplo vibradores e estimulantes) para ter mais prazer.

(Ferreira e Alvim, 2018)

Sexualidade

Saúde Sexual

A saúde sexual não é apenas a ausência de doença do foro sexual, mas um estado de bem-estar físico, mental e social, englobando uma visão positiva e respeitosa da sexualidade.

(Casa de Saúde da Beira Interior)

Sexualidade

Quais os métodos contraceptivos que conheces?


Preservativo


Pílula


DIU


Implante


Diafragma


Anel


Adesivo

Sabes onde pode adquirir?

Sexualidade

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)

São causadas por vírus, bactérias ou outros microorganismos.

- Herpes genital;
- HPV;
- Gonorréia (Clamídia);
- Sífilis;
- HIV;
- ...



São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativo (único método preventivo), com uma pessoa que esteja infetada, mas também pelo contato de mucosas ou pele não íntegra (feridas) com secreções corporais contaminadas.

Sexualidade

Fatores que desenvolvem disfunção sexual

Perturbações de ansiedade (generalizada, fobias, pânico, obsessões e adaptação):
Sempre que a ansiedade aumenta e se torna patológica surge uma situação disfuncional sexual de qualquer fase do ciclo da resposta – disfunção erétil, da excitação, do desejo, ou do orgasmo ou do período de resolução.

- **Ansiedade** – Disfunção Sexual
- **Fobia e obsessão** – Desinteresse sexual ou medo de contaminação

(Prof. Patja)

Sexualidade

Fatores que desenvolvem disfunção sexual

Perturbações de humor

- **Hipotimialmania** – comportamentos como a desinibição sexual, risco de gravidez indesejada e até risco de DSTs.
- **Depressão** - disfunção sexual ou alterações da libido estão quase sempre associados, por desinteresse e diminuição de do desejo sexual.

(Prof. Patja)

Sexualidade

Fatores que desenvolvem disfunção sexual

- O aumento dos problemas sexuais em doentes deprimidos em tratamento, é sobretudo devido à manutenção dos problemas emocionais e não existe diferença na prevalência de problemas sexuais de qualquer tipo entre os doentes tratados com psicofármacos e os tratados apenas com psicoterapia.
- No caso dos deprimidos na literatura são referidos problemas sexuais de algum tipo em 26% de indivíduos normais, 45% de doentes deprimidos não tratados e em 63% de doentes deprimidos tratados. O aumento dos problemas sexuais em doentes deprimidos em tratamento, é sobretudo devido à manutenção dos problemas emocionais.

(Prof. Patja)

Sexualidade

Fatores que desenvolvem disfunção sexual

Psicose/Esquizontrenia

- **Fase aguda** – pode haver disfunção sexual ou alterações da libido estão quase sempre associados, por desinteresse e diminuição de do desejo sexual.
- **Fase crónica ou remissão** – pode haver disfunção sexual ou alterações da libido estão quase sempre associados, por desinteresse e diminuição de do desejo sexual. Mas nesta fase é importante retomar a função e o prazer sexual. Deve ser também negociado com o terapeuta o efeito medicamentoso (caso este possa ser causador da disfunção sexual), mas também melhorar a auto-estima e por último incentivar ao uso de métodos contraceptivos.

(Prof. Patja)

Sexualidade

Benefícios do Sexo

- 1 - Fortalece a musculatura;
- 2 - Alivia a obstrução nasal e cefaleias (dor de cabeça);
- 3 - Aumenta a imunidade;
- 4 - Melhora o sono;
- 5 - Reduz o risco de doenças cardíacas e vasculares;
- 6 - Reduz o stress e ansiedade;
- 7 - Perda de peso;
- 8 - Prevenção de cancro da próstata;
- 9 - Previne incontinência urinária;
- 10 - Diminui o risco de disfunção erétil;
- 11 - Melhora o humor;
- 12 - Melhora o bem-estar mental;
- 13 - Melhora relacionamentos e aumenta a intimidade;
- 14 - Aumenta a confiança;
- 15 - Melhora a autoestima.

Sexualidade

Quais são os principais problemas que surgem no homem na hora do sexo?



- 1 - Ejaculação precoce;
- 2 - Ejaculação retardada;
- 3 - Disfunção erétil;
- 4 - Perturbação do orgasmo masculino;
- 5 - Falta de lubrificação.

O que pode ajudar?

- 1 - Ejaculação precoce – masturbação antes do ato e uso de preservativo;
- 2 - Ejaculação retardada – Utilização de objetos eróticos e/ou fantasias;
- 3 - Disfunção erétil - Utilização de objetos eróticos e/ou fantasias, viagra, chá de ginseng;
- 4 - Perturbação do orgasmo masculino - Utilização de objetos eróticos e/ou fantasias;
- 5 - Falta de lubrificação – Uso de lubrificantes.

Sexualidade

Quais são os principais problemas que surgem na mulher na hora do sexo?

- 1 - Perda do Desejo Feminino;
- 2 - Perturbação do Orgasmo Feminino;
- 3 - Perturbação da Dor.



ADULT TOYS

O que pode ajudar?

- 1 - Perda do Desejo Feminino - Utilização de objetos eróticos e/ou fantasias;
- 2 - Perturbação do Orgasmo Feminino - Utilização de objetos eróticos e/ou fantasias;
- 3 - Perturbação da Dor - Uso de lubrificantes, consulta de sexologia.

17

Sexualidade

Dúvidas?



18

Apêndice XIV
(Entrevista Motivacional)

Entrevista Motivacional

| | |
|-----------------------|--|
| Nº de sessões: | 8 Sessões |
| Frequência: | 2 Sessões por semana até à sessão final, e 1 sessão <i>follow-up</i> após mês à alta clínica |
| Duração: | 60 Minutos |
| Tipologia | Individual |
| Focos: | Adesão ao regime terapêutico |
| Diagnósticos: | Adesão ao regime terapêutico comprometido |
| Local: | Hospital, gabinete |
| Dinamizadores: | André Macedo |
| Destinatários: | Pessoa |
| Objetivos: | Promover adesão ao regime terapêutico |
| Recursos | Gabinete, telemóvel, cadeiras, mesa, escalas, folhas e canetas |

Sessão 0

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Quebra gelo -Obtenção do consentimento para recolha de dados. | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Executar entrevista clínica -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar MEEM, Inventário de depressão de Beck, Escala breve de <i>coping</i> resiliente e Escala de Hamilton de 14 itens -Identificar diagnósticos: Adesão ao regime terapêutico comprometido -Explicar programa de intervenção -Apresentar objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> .Promover adesão ao regime terapêutico na pessoa com humor depressivo -Explicar a pertinência da adesão ao regime terapêutico na pessoa com humor depressivo -Realizar contrato terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 1

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Encorajar a falar da sua história -Identificar e explorar temas predominantes -Encorajar e explorar expressão de sentimento, emoções e significados -Identificar mensagens através da linguagem verbal e não-verbal | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Elogiar envolvimento da pessoa -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 2

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Instruir acerca de sintomas e ligação da ansiedade e humor depressivo -Instruir acerca da importância da higiene de sono, alimentação saudável e adesão ao regime terapêutico para o seu estado de saúde mental -Solicitar que faça uma balança de decisão acerca das vantagens e desvantagens da adesão ao regime terapêutico | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Elogiar envolvimento da pessoa -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 3

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar balanço de decisão realizada e explorar as vantagens e desvantagens da adesão ao regime terapêutico. -Instruir acerca dos objetivos da terapêutica, modo de funcionamento e possíveis efeitos secundários -Solicitar que escreva as possíveis barreiras na adesão regime terapêutico até sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Elogiar envolvimento da pessoa -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 4

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar as possíveis barreiras à adesão ao regime terapêutico -Modificar esquemas cognitivos acerca do estigma e efeitos secundários da terapêutica para pensamento positivos explorando as melhorias que teve desde o início da adesão ao regime terapêutico. -Informar acerca de alguns dados estatísticos acerca do humor depressivo e adesão ao regime terapêutico. -Solicitar que a pessoa estabeleça objetivos e estratégias até à próxima sessão | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Elogiar envolvimento da pessoa -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão 5

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar e explorar objetivos e estratégias estabelecidas -Identificar e explorar situações de risco para a adesão ao regime terapêutico, como por exemplo efeitos secundários, agravamento da sintomatologia ou dificuldades financeiras. -Informar acerca dos recursos na comunidade e processo pós-alta -Solicitar que a pessoa estabeleça um plano de emergência em situações de risco até à sessão seguinte | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar uma síntese da sessão -Elogiar evolução da pessoa -Questionar dúvidas -Agendar próxima sessão | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão final

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|--|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar e explorar plano de emergência em situações de risco -Elogiar desenvolvimento -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> .Aplicar Inventário de depressão de Beck, Escala breve de <i>coping</i> resiliente e Escala de Hamilton de 14 itens | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção -Agendar <i>follow-up</i> | Participativo Interrogativo | 5 min. |

Sessão *follow-up*

| Etapas | Atividades | Método | Duração |
|------------------------|---|---|----------------|
| Introdução | -Realizar cumprimentos iniciais -Explicar objetivo da sessão | Participativo | 5 min. |
| Desenvolvimento | -Realizar síntese de toda a intervenção -Aplicar instrumentos de avaliação: .Aplicar Inventário de depressão de Beck, Escala breve de <i>coping</i> resiliente, Escala de Hamilton de 14 itens, MAT e questionário de avaliação | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 50 min. |
| Conclusão | -Questionar dúvidas -Solicitar feedback da intervenção | Participativo Interrogativo | 5 min. |