



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

PROGRAMAS DE REMINISCÊNCIAS: RELATÓRIO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

“Relatório Final”

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Cláudia Mariana Santos Dias

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**PROGRAMAS DE REMINISCÊNCIAS:
RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Relatório de Estágio orientado pelo Professor

Doutor Carlos Sequeira e coorientado pela

Professora Doutora Rosa Silva

Porto, 2025

PENSAMENTO

Por que nos lembramos do outono? Do virar das folhas, aquele cheiro no ar que lembra o primeiro dia de aulas, ou um almoço de domingo em família.

Porque é que os humanos se lembram tanto do que aconteceu nas suas vidas e para que nos serve lembrar dessas coisas?

Bluck e Alea (2002)

RESUMO

Este relatório integra o percurso do Módulo II do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto. O estudo do tema central concentrou-se na análise e caracterização de programas de Terapia de Reminiscência para pessoas idosas. Este relatório documenta uma revisão sobre o tema e as experiências práticas em três contextos de estágio: comunitário, diferenciado e internamento.

No âmbito do contexto comunitário, a intervenção focou-se em utentes com perturbações neurocognitivas utilizando a terapia de reminiscências para a promoção da saúde mental na pessoa idosa, nomeadamente nos domínios como a Memória, Emoção e Autoconceito. Ainda neste contexto foi realizada uma ação de sensibilização direcionada a cuidadores formais, sobre a importância da saúde mental no ato de cuidar e da importância para o autocuidado em saúde mental. No contexto diferenciado, foi implementada a terapia de reminiscências com foco na promoção de emoções positivas, tendo como alvo, domínios como Emoção e Autoconceito. Também foi elaborado um Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem, como contributo para a melhoria contínua dos cuidados especializados de enfermagem. No contexto de internamento, o Programa de *Recovery* foi a intervenção implementada num utente com doença mental grave, cujo os domínios: Autoconceito, Perceção, Emoção, Pensamento. Adicionalmente realizou-se uma ação de partilha do conhecimento sobre a terapia de reminiscência com os enfermeiros do serviço, com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A metodologia adotada baseou-se na pesquisa sistemática de literatura em base de dados científica, análise crítico-reflexiva, e no modelo de gestão de caso, pela plataforma e4nursing. Em termos conceptuais este trabalho suporta-se na Teoria da Adaptação de Callista Roy, que orientou a articulação entre a prática clínica e os fundamentos teóricos. O rigor metodológico e ético foi assegurado mediante o uso de instrumentos validados, consentimento informado e proteção dos dados

dos utentes. Este relatório termina com uma reflexão sobre as competências adquiridas evidenciando a importância da integração do conhecimento na prática profissional, aspeto fundamental para a transição do Enfermeiro de cuidados gerais para Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Terapia de Reminiscências; Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Intervenções Psicoterapêuticas; Teoria da Adaptação de Callista Roy.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

AFIR	Attachment-Focused Intervention for Reconciliation
APA	American Psychiatric Association
AVD's	Atividades de Vida Diárias
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CI/D	Cognitive Impairment/Dementia (Défices Cognitivos/Demência)
CPI	Chronic Physical Illness (Doença Física Crónica)
CRI	Centro de Respostas Integradas
CRT	Cognitive-Reminiscence Therapy
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCL	Défice Cognitivo Ligeiro
DMS-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EC	Estimulação Cognitiva
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EESMP	Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ESEP	Escola Superior de Saúde do Porto
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ET	Equipa de Tratamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Vírus)
MC	Modificação de Comportamento
MHP	Problemas de Saúde Mental (Mental Health Problems)
MTR	Modalidade de Terapia de Reminiscência
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association

NIC	Nursing Intervention Classification
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Prestador de Cuidados
PEE	Perturbação do Espectro da Esquizofrenia
PNC	Perturbação Neurocognitiva
PPT	Power Point
PTAO	Programa Tratamento com Agonista Opiáceos
PTR	Programa de Terapia de Reminiscências
PTSD	Perturbação de Stress Pós-Traumático
RCT's	Randomized Controlled Trial (Ensaio Clínicos Randomizados)
REMPOS	Reminiscência Positiva
RS	Reminiscência Simples
RV	Revisão de Vida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TR	Terapia de Reminiscência
TRV	Terapia de Revisão de Vida
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde

Índice

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO DE PROGRAMAS ESTRUTURADOS EM TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS PARA PESSOAS IDOSAS	16
1.1. Terapia de Reminiscências e a importância das intervenções não farmacológicas nas pessoas idosas	16
1.2. Metodologia do Estudo	19
1.3. Resultados e Análise Narrativa	21
1.3.1. Caracterização dos estudos	22
1.3.2. Técnicas associadas a TR, sub-modalidade de TR e Programas de TR	24
1.4. Conclusão e Reflexão crítica	32
CAPÍTULO II – ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	36
2.1. Caracterização do Contexto	36
2.2. Principais diagnósticos de enfermagem e Intervenções de Enfermagem	36
2.3. Intervenção individual: Terapia de Reminiscência	39
2.3.1. Justificação da intervenção e relação com os domínios	40
2.3.2. Planeamento da intervenção	46
2.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos	48
2.3.4. Resultados/ Avaliação da intervenção	48
2.4. Intervenção de grupo: Ação de sensibilização sobre a importância da saúde mental e do autocuidado em saúde mental.	50
2.4.1. Justificação da intervenção	51
2.4.2. Planeamento da intervenção	53
2.4.3. Resultados/ Avaliação da intervenção	54
2.5. Conclusão e Reflexão crítica	54
CAPÍTULO III – ESTÁGIO EM CONTEXTO DIFERENCIADO	57
3.1. Caracterização do Contexto	57
3.2. Principais diagnósticos de enfermagem e Intervenções de Enfermagem	58
3.3. Intervenção individual: Terapia de Reminiscência	60
3.3.1. Justificação da intervenção e relação com os domínios	61
3.3.2. Planeamento da intervenção	72
3.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos	74
3.3.4. Resultados/ Avaliação da intervenção	77

3.4. Ação de melhoria contínua da qualidade: Elaboração e Apresentação de Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem	78
3.4.1. Enquadramento na prática de EESMP	78
3.5. Conclusão e Reflexão crítica	81
CAPÍTULO IV – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	82
4.1. Caracterização do Contexto	82
4.2. Principais diagnósticos de enfermagem e Intervenções de Enfermagem	82
4.3. Intervenção individual: Programa de Recovery	84
4.3.1. Justificação da intervenção e relação com os domínios	85
4.3.2. Planeamento da intervenção	94
4.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos	97
4.3.4. Resultados/ Avaliação da intervenção	98
4.4 Intervenção de Grupo: Partilha de estudos de Caso com TR	99
4.4.1. Planeamento da intervenção	100
4.5. Conclusão e Reflexão crítica:	101
CAPÍTULO V – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	103
CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	111
APÊNDICES	121
Apêndice 1 – Tabela de extração de dados	
Apêndice 2 – Cronograma e atividades que concretizam a intervenção: TR na pessoa idosa	
Apêndice 3 – Material de Apoio a Sessão: TR na pessoa idosa	
Apêndice 4 - Plano de sessão: cuidadores formais	
Apêndice 5 – Folheto para cuidadores formais	
Apêndice 6 – Apresentação PPT cuidadores formais	
Apêndice 7 – Cronograma e atividades que concretizam a intervenção: TR adulto	
Apêndice 8 – Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem	
Apêndice 9 – Apresentação Power Point sobre TR realizada em contexto de internamento	
Apêndice 10 – Estudo de caso plataforma e4nursing	

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 – Resultados da pesquisa Preliminar

Tabela 2 – Dados Simplificados

Tabela 3 - Programas de Terapia da Reminiscência

Tabela 4- Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à TR

Tabela 5 - Estudo de caso 1

Tabela 6 – Dados Recolhidos TR: na pessoa idosa

Tabela 7 – Grelha de avaliação das sessões que integram TR (adaptada)

Tabela 8 - Planeamento da ação de sensibilização: cuidadores formais

Tabela 9 - Estudo de caso 2

Tabela 10 – Dados recolhidos: TR no adulto

Tabela 11 - Estudo de caso 3

Tabela 12 - Programa de Recovery

Tabela 13 – Dados recolhidos: Programa *Recovery*

Tabela 14 - Correlação entre Reflexões e Competências Específicas EESMP

Tabela 15 - Correlação entre Reflexões e Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de n.º de sessões por estudos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de TR: Modalidades e Sub-Modalidades

Figura 2 – Temáticas: TR Simples na pessoa idosa

Figura 3 – Cronograma: TR Simples na pessoa idosa

Figura 4 – Demonstração dos diferentes domínios

Figura 5 – Temáticas: TR Simples no adulto

Figura 6 – Cronograma: TR Simples no adulto

Figura 7 – Fluxograma de operacionalização do procedimento de acolhimento

Figura 8 – Cronograma: Programa de *Recovery*

Figura 9 – Intervenções e técnicas inerentes ao Programa *Recovery*

1. INTRODUÇÃO

No ano letivo de 2024/2025, como parte integrante do programa de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi realizado um Módulo II com a concretização do estágio profissional e o presente relatório.

Segundo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE), para o estágio e relatório da componente clínica dos Mestrados em Enfermagem para atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, identifica-se a componente experimental e o trabalho autónomo como parte essencial do desenvolvimento de competências genéricas e específicas. A mesma recomendação afirma que a realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e consequente consolidação de conhecimentos e aquisição de competências. Considerando, assim, o estágio um elemento central na transição de Enfermeiro de cuidados gerais para Enfermeiro Especialista (OE, 2021).

A elaboração do relatório contou com a orientação do Professor Coordenador Principal, Carlos Sequeira e Professora Adjunta, Rosa Silva. O propósito deste relatório é: (i) efetuar a análise ao tema central, com a caracterização de programas estruturados em Terapia de Reminiscência (TR), que também permitiu dar contributos orientadores a intervenções e/ou programas de TR nos diferentes contextos de estágio, (ii) documentar o percurso realizado no Módulo II, que ocorreu entre 16 de setembro e 16 janeiro de 2025, com a fundamentação, planeamento e descrição das atividades realizadas em cada contexto de estágio, explanando os estudos de caso realizados; e (iii) ainda cumprir com uma etapa fundamental de todo este percurso, o refletir sobre as competências desenvolvidas e adquiridas em cada um dos contextos clínicos e de que forma contribuíram para a aquisição das competências enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Assim o documento aqui apresentado é dividido em três capítulos: Capítulo I - Programas de Reminiscências: Caracterização de programas estruturados em reminiscências para pessoas idosas, com o objetivo de apresentar a análise ao tema central; No Capítulo II/III e IV – Estágio Profissional, com o objetivo de documentar o percurso realizado no estágio profissional que concretizam o Módulo II e no Capítulo V – Apresenta-se reflexão sobre a aquisição das competências enquanto EESMP. Ao longo de todo o trabalho escrito foi adotada a metodologia baseada na pesquisa sistemática de literatura em base de dados científica, análise crítico-reflexiva, que permitiu uma compreensão profunda das intervenções desenvolvidas, dando a oportunidade de realizar uma análise crítica e potenciar o processo de aprendizagem. Importa ainda destacar que a construção deste relatório se alicerçou em artigos científicos, recorrendo principalmente a uma plataforma de pesquisa, bem como a livros relevantes nas áreas de estudo e/ou reflexão. Em todos os contextos foi adotado o modelo de gestão de caso, com a elaboração de estudos de caso com recurso da plataforma e4nursing, tendo por base o Modelo Teórico de Callista Roy.

O primeiro momento de estágio decorreu em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Neste estágio, parte da intervenção centra-se em utentes com Perturbações Neurocognitivas (PNC) segundo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de *American Psychiatric Association* (APA, 2013) e no apoio a cuidadores informais e formais. Neste âmbito, foi elaborado um estudo de caso, onde a TR do tipo Simples foi planeada e implementada, indo ao encontro do tema central, mas acima de tudo, fundamentada nos benefícios desta intervenção, ao nível da memória e bem-estar, que segundo Sampaio et al. (2023) é uma intervenção ajustada em diagnósticos de enfermagem como cognição comprometida, comunicação comprometida e humor depressivo. Ainda neste contexto de estágio, em colaboração com a equipa de EESMP, foi realizada uma ação de sensibilização dirigida a cuidadores formais no âmbito da saúde mental no ato de cuidar e da importância para o autocuidado em saúde mental.

No contexto de cuidados diferenciados, o estágio realizou-se numa instituição com foco nos comportamentos aditivos e as dependências, especificamente num Centro de Respostas Integradas (CRI), estando integrada numa Equipa de Tratamento (ET), onde o principal objetivo é prevenir e reduzir os Comportamentos Aditivos e as Dependências (CAD), assegurando o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, através das respostas e serviços de proximidade, centrados no utente e na comunidade. Neste estágio foi planeada e implementada a intervenção psicoterapêutica na área da TR, fundamentada por um enquadramento conceptual baseado na importância das emoções positivas nestes utentes. Ainda, neste contexto de estágio e em colaboração com a equipa de EESMP, foi elaborado um Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem.

O último momento do estágio foi realizado no contexto de internamento, num Serviço de Psiquiatria de Agudos, onde os cuidados prende-se com a estabilidade da fase aguda de doença e identificação primária de doença, tendo como principal objetivo a redução de sintomas e comportamentos de risco. As intervenções psicoterapêuticas neste contexto, abrangem o utente e família, com o objetivo de promover o potencial para melhorar conhecimento sobre a doença. A multidisciplinidade do serviço permite aos utentes, o acesso a respostas em contexto de ambulatório através da equipa comunitária, para acompanhar a reintegração do utente na comunidade. Neste contexto foi implementado um modelo adotado pelo serviço, do Programa de *Recovery* (Oliveira, 2021), um programa que complementa diferentes temas, intervenções psicoterapêuticas e técnicas.

A integração entre a prática, vivenciada em cada estágio e os modelos teóricos de enfermagem, que sustentam o conhecimento disciplinar, permite articular a prática profissional com fundamentos conceptuais sólidos. Os modelos teóricos na enfermagem são estruturas conceptuais que guiam a prática de enfermagem, construindo uma base teórica para a prática profissional, com o objetivo de uniformizar os cuidados, garantir a qualidade e a segurança dos mesmos.

Reforçam também a importância de os enfermeiros refletirem sobre os cuidados que prestam, considerando o ambiente, a saúde e a doença, a pessoa e a enfermagem. Nesta lógica, o modelo adotado, como orientador desde processo de aprendizagem, ao longo deste percurso, foi o Modelo de Adaptação de Callista Roy, define a enfermagem como essencial na promoção da adaptação de indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos:

- Fisiológico;
- Identidade de autoconceito individual e em grupo;
- Interdependência;
- Função de papéis;

Analizando alguns dos conceitos chave de Roy, a mesma considera que através da promoção da adaptação nos quatro modos, é possível contribuir para a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade (Roy & Andrews, 1981).

Roy considera a pessoa como *“sendo um sistema adaptável, o indivíduo é descrito como um todo que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo.”* (Roy & Andrews, 1981, p. 17).

Em relação à saúde, Roy destaca que: *“Saúde é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa a falta de saúde.”*(Roy & Andrews, 1981, p. 33).

O termo adaptável significa que *“o sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efetivamente, às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afeta o meio ambiente”* (Roy & Andrews, 1981, p. 20).

De todos os conceitos-chaves inerentes ao este modelo, os anteriormente descritos são facilmente perceptíveis na prática de enfermagem, nomeadamente nas intervenções de EESMP, permitindo-me analisar e refletir sobre a prática, realizada ao longo deste percurso de aprendizagem. Considerando um modelo essencial não apenas como guia conceptual, mas também como ferramenta prática e educacional para melhorar todo o processo de aprendizagem.

Ao longo da realização dos estágios, procurou-se cumprir rigorosamente os princípios metodológicos e éticos. Durante o processo de recolha de dados, foi assegurada a utilização de instrumentos previamente sujeitos a validação cultural e linguística no contexto em que foi aplicada, recorrendo-se às adaptações previamente validadas para a população portuguesa, de forma a promover a confiabilidade dos resultados obtidos. Paralelamente, foram salvaguardados os direitos de autor e a propriedade intelectual das escalas utilizadas, bem como dos programas ou intervenções, garantindo as devidas autorizações para a sua aplicação e a citação adequada das fontes.

Dando cumprimento às competências comuns sobre a responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018, todas as intervenções planeadas tiveram em vista a garantia da autonomia do utente, assegurada através da obtenção do consentimento tácito garantindo que a sua participação fosse voluntária, plenamente informada e consciente. Procurou-se igualmente assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados sensíveis e identificáveis, protegendo os utentes que colaboraram nos estudos de caso que concorreram para o processo de aprendizagem ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Em termos de fontes bibliográficas, a referenciação foi realizada de acordo com a Norma APA, 7.^a edição.

CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO DE PROGRAMAS ESTRUTURADOS EM TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS PARA PESSOAS IDOSAS

1.1. Terapia de Reminiscências e a importância das intervenções não farmacológica nas pessoas idosas

O aumento da população idosa resultou numa maior prevalência de deterioração cognitiva na pessoa idosa, estima-se que 46 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de uma PNC major, ou seja demência, e espera-se que este número aumente para mais de 65 milhões até 2030 (Silva et al., 2020; American Psychiatric Association, 2013).

A Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2024) menciona que é essencial a preparação para uma sociedade com menos nascimentos e mais pessoas idosas, e que para isso são necessários investimentos significativos nos serviços de saúde, garantindo que as necessidades sejam atendidas de forma sustentável (OECD, 2024).

Um dos novos desafios na área da saúde mental decorrentes do envelhecimento é a PNC, um dos problemas mais comuns em pessoas com 65 ou mais anos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). A cognição é um processo complexo, o seu comprometimento interfere em várias áreas da vida da pessoa, desde as atividades de vida diária, passando pelas atividades sociais e de lazer, terminando na funcionalidade no trabalho (Sousa, Araújo & Silva in Sequeira e Sampaio 2020).

As pessoas com PNC, segundo Silva et al. (2020), poderiam beneficiar de intervenções, com o objetivo de prevenir a progressão da deterioração cognitiva, nas quais os cuidadores e membros da família atuam como parceiros na prestação de cuidados. Nenhuma intervenção farmacológica incluiu um leque tão amplo de efeito terapêutico, como por exemplo a intervenção comportamental, a estimulação multissensorial e treino cognitivo, entre outras. A maioria dessas abordagens é considerada eficaz e tem sido recomendada como um complemento ao tratamento farmacológico (Silva et al., 2020).

De forma a uniformizar a linguagem ao longo desta análise e enquadrar de forma perceptível o tema central, importa mencionar que existem diferentes termos para descrever intervenções focadas na cognição: estimulação cognitiva (EC), reabilitação cognitiva e treino cognitivo (Silva et al., 2020).

Segundo Bahar-Fuchs et al. (2013) a EC, incluindo as abordagens de orientação para a realidade, trazem benefícios para o estado cognitivo e o bem-estar dos utentes. Além disso, destacam-se as diferenças entre abordagens mais específicas, como o treino cognitivo e a reabilitação cognitiva, que também apresentam resultados promissores. Estas intervenções cognitivas podem ser acompanhadas de atividades psicoeducativas destinadas a facilitar a compreensão das forças vs dificuldades cognitivas (Bahar-Fuchs et al., 2013).

Possivelmente uma das intervenções mais amplamente investigadas é a EC, da qual compreendem várias atividades, incluindo o reviver intencionalmente memórias passadas. A EC está indicada em situações onde se verifica declínios de domínios cognitivos (como por exemplo, alterações ao nível da memória, atenção, linguagem, funções executivas), tendo como propósito manter o desempenho desses domínios cognitivos (Justo-Henriques, 2021).

Tal como a EC, a TR pode ser utilizada e direcionada para diferentes domínios cognitivos, mas também se verifica que é eficaz, por exemplo, na gestão emocional. No estudo de (Liu et al., 2021) os resultados mostraram que a TR tem um efeito significativo no alívio dos sintomas depressivos em pessoas idosas, com impacto de forma secundária noutras áreas, como por exemplo a satisfação com a vida. A EC baseada na TR foi planeada para beneficiar indivíduos com diagnósticos de demência (PNC major) ou défices cognitivos (PNC ligeira) relacionados com o envelhecimento. Estudos sugerem que a TR ajuda a melhorar a função cognitiva, a comunicação, o humor e a qualidade de vida, aumentando o bem-estar geral do indivíduo (Sampaio et al., 2023).

Portanto, a literatura tem vindo sugerir frequentemente que a implementação precoce de intervenções não farmacológicas, como a EC através da TR, é uma

intervenção eficaz para preservar a função cognitiva das pessoas idosas (Gil et al., 2022).

Acompanhando a tendência global de envelhecimento, faz sentido analisar outro foco prioritário na promoção da saúde deste grupo etário. A saúde mental é frequentemente destacada como essencial, identificando que sintomas depressivos são um dos fatores de risco significativo para o desenvolvimento de depressão em pessoas idosas, podendo desencadear outras doenças graves, como a própria PNC, e em última linha levar ao suicídio (Liu et al., 2021).

Na análise de Liu et al. (2021) são mencionados estudos onde foi elaborada uma pesquisa transversal com 3 976 pessoas idosas a viver em casa, distribuídos por 11 países europeus e demonstraram que 30,8% deles apresentam sintomas depressivos. Tendo em conta o descrito anteriormente, os programas de TR podem ser uma mais-valia para promoção da saúde mental na pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e tratamento da depressão e na promoção do bem-estar.

A TR é uma técnica específica, introduzida por Butler em 1963 como referido em Liu et al. (2021), tendo por base a Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erikson e a Teoria da Continuidade de Aichley. Para Gil et al. (2019), a TR consiste num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais, vividas no passado, que são utilizadas para fins terapêuticos. É então uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que, recorrendo à recordação de eventos passados, sentimentos e pensamentos, permite melhorar a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (Sampaio et al., 2023).

A TR fundamenta-se no pressuposto de que se pode melhorar a saúde mental através da estimulação das memórias autobiográficas positivas e pelo desencorajamento das memórias autobiográficas negativas, na medida em que, a recuperação das memórias autobiográficas positivas está associada a alegria e orgulho (Gil et al., 2019).

A reforçar esta perspetiva, Mohammadbeigi et al. (2021) confirma que vários tratamentos não farmacológicos têm sido utilizados para reduzir a ansiedade e

a depressão em pessoas idosas, como por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental baseada em *mindfulness* e as reminiscências estruturadas.

A TR reforça a identidade, autoestima e um senso de propósito. Tendo uma possível função preventiva, reduzindo os fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão e ansiedade em populações mais velhas. As terapias em grupo, são excelentes oportunidades para proporcionar vínculos sociais, um fator crucial para pessoas em idade avançada, combatendo o isolamento social e a perda de papéis sociais (Pinazo-Hernandis et al., 2022).

A partir desta análise, torna-se evidente a relevância de aprofundar a compreensão do tema central, com maior ênfase nos programas que utilizam a TR. Neste sentido, o objetivo desta revisão narrativa foi caracterizar programas estruturados em TR para pessoas idosas.

1.2. Metodologia do Estudo

Metodologicamente, o primeiro passo foi realizar uma pesquisa preliminar utilizando o agregador de bases de dados EBSCO. A estratégia desta pesquisa preliminar incluiu os seguintes descritores e resultados da Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa Preliminar

Estratégia de Pesquisa	EBSCO
Reminiscence Therapy and Depression	854
Reminiscence Therapy and Emotional Well-Being	12
Reminiscence Therapy and Health Programs	31
Reminiscence Therapy, Depression, and Health Programs	13
Reminiscence Therapy, Depression, Aged, and Health Programs	10

Durante esta análise preliminar, percebeu-se que o nível de conhecimento produzido nesta área é elevado, e já com um nível de evidência muito sólido, havendo por isso várias sínteses da evidência, como revisões *scoping* e revisões sistemáticas com meta-análise.

De uma panóplia de artigos identificados e analisados, como estratégia para o aprofundamento temático, destaca-se uma meta-análise, de 2024, suficientemente abrangente que sintetiza os resultados de diversos ensaios clínicos randomizados (RCT's) sobre intervenções de reminiscência Pinquart (2024). Esta meta-análise apresenta dados do impacto dessas intervenções especificamente na ansiedade e depressão (*outcomes*) em diferentes populações.

A meta-análise de Pinquart, (2024) abrange diferentes tipos de intervenções de reminiscências, como reminiscência simples, revisão de vida e terapia de revisão de vida, e inclui dados de 195 ensaio clínicos controlados. O principal objetivo desta revisão sistemática, com meta-análise foi de avaliar o impacto dessas intervenções em várias populações, incluindo: pessoas idosas com défices cognitivos/demência (CI/D = *cognitive impairment/dementia*) com a inclusão de 49 estudos; pessoas idosas com problemas de saúde mental (MHP = *mental health problems*) com um total de 57 estudos incluídos; pessoas com doença física crónica (CPI = *chronic physical illness*) com um total de 39 estudos; pessoas com sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD *sympt.*) com 1 estudo, bem como ainda naqueles sem condições médicas identificadas (*None*) com um total de 74 estudos incluídos. Dentre os estudos avaliados, 74 dos estudos incluídos concentram-se especificamente na eficácia da intervenção em pessoas idosas sem nenhuma patologia específicas, contudo com alguma sintomatologia depressiva ou ansiosa.

A proposta desta análise é, então, por uma questão de gestão de tempo, mas simultaneamente com o objetivo de trazer conhecimento útil para a disciplina de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e, conseqüentemente, para a prática dos enfermeiros especialista, mapear e caracterizar o tipo de programas/ intervenções de reminiscência que foram identificados nessa revisão sistemática (Pinquart, 2024) e que visam a pessoa idosa, sem um diagnóstico médico identificável. Acresce dizer que esta informação, ou seja, a caracterização dos programas, não consta nesta revisão, portanto como métodos, todas estas fontes primárias (74 estudos) foram consultadas cada um

per si. Compreender melhor o tipo de intervenção que é aplicada neste tipo de população, sem nenhuma condição médica identificada, poderá ser o início de um caminho de sistematização desta intervenção, numa ótica de promoção da saúde.

Dos 74 artigos incluídos para esta análise, foram excluídos 23 por não se ter acesso integral ao artigo e terem sido esgotadas as vias alternativas de acesso aos mesmos (como o apoio de bibliotecários). Ao analisar os artigos, compreendeu-se que os participantes dos estudos se caracterizam por pessoas idosas com idade superior a 65 anos, 2 estudos incluíram participantes com idade inferior a 65 anos, indicando que a TR também tem sido aplicada em populações mais jovens, não sendo esta faixa etária o foco desta análise, estes 2 estudos também foram excluídos. Tendo sido incluídos 49 artigos, para a análise.

De forma a uniformizar a análise e permitir a caracterização credível foram definidos quais elementos a considerar em cada estudo, realizando-se uma Tabela de extração.

Os dados constituintes da Tabela de extração de dados (Apêndice 1):

- Ano; país; título; média de idade dos participantes; caracterização dos participantes; caracterização do programa; se utiliza um programa estruturado; nome do programa; tipo de reminiscências; técnicas associadas a TR; sub-modalidade de TR; número de sessões; modalidade de grupo ou individual; instrumentos de avaliação utilizados.

1.3. Resultados e Análise Narrativa

A análise dos resultados assume um papel fundamental na sistematização do conhecimento. Neste sentido esta análise narrativa, possibilita a interpretação crítica e contextualizada dos dados, integrando diferentes perspetivas dos estudos incluídos. A principal finalidade é contribuir para uma compreensão mais aprofundada sobre o tema, contribuindo para a construção de recomendações

fundamentadas e essenciais para a melhoria da prática, assim como para a definição de futuros pontos de partida de investigação.

1.3.1. Caracterização dos estudos

A presente análise incluiu 51 estudos, publicados entre os anos de 1983 e 2023, que investigaram a eficácia da TR em pessoas idosas. Os estudos analisados foram conduzidos em diferentes países, abrangendo amostras com diversas características, quanto à idade, estrutura das intervenções e metodologia. Sobre a distribuição geográfica dos estudos, esta revela um forte domínio para o Norte da América e da Ásia, com os Estados Unidos a liderar as publicações (n=19). Na Ásia, o Irão tem um número significativo de estudos (n=9), o que pode indicar um interesse particular desta intervenção. Na Europa, a pesquisa apresenta 5 estudos, o que sugere uma oportunidade para futuras investigações nesta área. Portugal aparece num dos estudos analisados em colaboração com Espanha e México.

Os participantes dos estudos analisados caracterizam-se por pessoas idosas com idade superior a 65 anos. A amostra incluía predominantemente indivíduos com capacidade cognitiva preservada ou com sintomas leves a moderados de comprometimento cognitivo, e alguns estudos estabeleceram critérios específicos para a inclusão, como nível de escolaridade e histórico clínico.

A análise revelou uma divisão equilibrada entre os contextos nos quais a TR tem sido aplicada. 26 estudos (53%) foram conduzidos com populações institucionalizadas, como pessoas idosas integradas em lares ou instituições similares. Por outro lado, 23 estudos (47%) focaram-se em pessoas idosas que vivem na comunidade, refletindo um interesse crescente em aplicar a TR em diferentes contextos. A prevalência de estudos com populações institucionalizadas pode ser explicada pela maior disponibilidade dessa população para participarem nas intervenções. No entanto, o número significativo de estudos em pessoas idosas em contexto comunitário sugere que

a TR também é vista como uma abordagem relevante para a promoção da saúde mental para pessoas idosas que vivem com algum nível de autonomia.

No que se refere à abordagem das intervenções, a maioria dos estudos utilizou sessões estruturadas de reminiscência em grupo (n=33), enquanto que outros estudos focaram-se exclusivamente em intervenções individuais (n=15) e um estudo que inclui ambas as modalidades de grupo e individual. Este dado reforça a tendência de utilização da TR na abordagem de grupo, promovendo interação social entre os participantes.

O número médio de sessões nos estudos é 8,6. A grande maioria dos estudos utiliza entre 6 a 12 sessões, sendo 6 e 8 sessões o número de sessões mais frequentes. A estrutura menos adotada é de 17 sessões ou 24 sessões aparecendo apenas 1 estudo para cada caso.

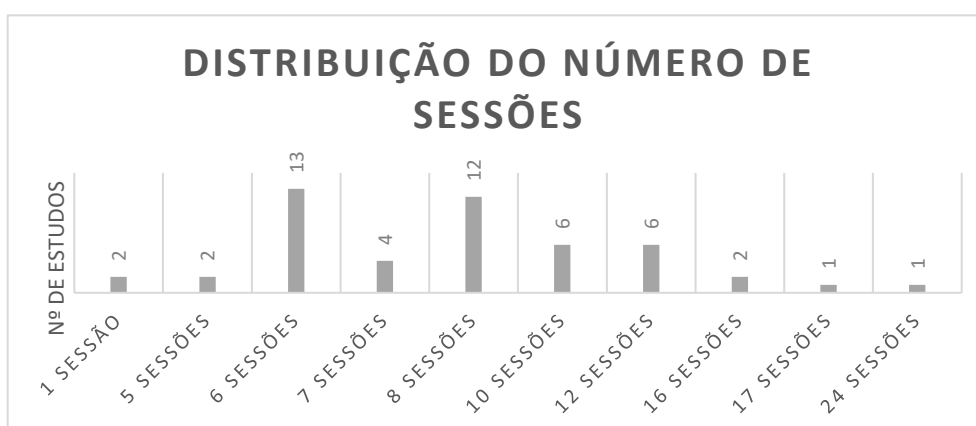


Gráfico 1 – Distribuição de nº de sessões por estudos

Em relação à implementação da TR, a maioria das intervenções foi realizada por profissionais especializados, embora nem todos os estudos tenham especificado o papel exato dos profissionais. Compreender quais as áreas profissionais mais envolvidas na aplicação da TR, seria importante, sendo necessário a inclusão dessa variável em estudos futuros, de forma a contribuir para orientar e uniformizar a aplicabilidade da TR, enquanto intervenção psicoterapêutica.

1.3.2 Técnicas associadas a TR: sub-modalidade de TR e Programas de TR

De forma a compreender melhor a intervenção TR, importa referir que existem três tipos básicos de reminiscência frequentemente mencionados na literatura: reminiscência simples (RS), revisão de vida (RV) e terapia de revisão de vida (TRV). A RS refere-se à recordação de memórias com o objetivo de aumentar o bem-estar psicológico. A RV é uma abordagem estruturada destinada a recolher, avaliar e integrar memórias positivas e negativas, a TRV é uma intervenção mais formal e aprofundada. Embora a RS, a RV e a TRV tenham sido inicialmente projetadas para pessoas idosas, existe um número crescente de aplicações a outros grupos-alvo, como adultos de diferentes idades sem doenças mentais, mas com doenças físicas graves e até mesmo adolescentes (Pinquart, 2024). A RV requer que o profissional desenvolva um plano de intervenção, faça perguntas, formule processos e defina metas com base nas circunstâncias dos participantes. A TRV é uma intervenção altamente estruturada (Liu et al., 2021).

Pinquart, (2024) menciona que estão envolvidos pelo menos quatro processos que contribuem para os efeitos das intervenções de reminiscência nos sintomas depressivos nomeadamente: (1) passar o tempo de forma agradável pode melhorar o humor; (2) promover através da afirmação dos outros autoavaliações positivas e sentimentos positivos; (3) refletir sobre problemas resolvidos no passado pode fortalecer o autocontrolo e autoeficácia; e (4) a reconstrução de significado que ajuda a encontrar novos significados e ordem, mesmo nas memórias de experiências negativas. Os dois primeiros processos são relevantes na RS, todos os processos anteriormente mencionados podem funcionar na RV e na TRV, embora a reconstrução de significado seja o elemento central da RV/TRV.

Este tipo de intervenção apresenta frequentemente uma estrutura pré-definida e sequencial, umas mais flexíveis do que outras, tendo algumas de obedecer a etapas específicas. De forma a proporcionar ao utente um revisitar do passado de forma sequencial ou dentro dos parâmetros/temáticas definidas, permitindo, por exemplo, que trabalhem experiências específicas ou temas recorrentes.

Através da análise realizada sobre os programas que utilizam TR foi possível compreender que existe uma diversidade de abordagens e métodos que vão para além de utilizarem simplesmente a memória como veículo de promoção de bem-estar e valorização da identidade, entre outros domínios.

Um ponto relevante é que a análise revela uma ausência de programas definidos que trabalhem exclusivamente com as modalidades anteriormente mencionadas, sendo pertinente para esta narrativa, diferenciar conceitos como Modalidade de Terapia de Reminiscência (MTR) e Programa de Terapia de Reminiscências (PTR). Assumindo como Modalidade: RS, a RV e a TRV e como Sub-modalidade TR Positiva, TR Livre, TR Espiritual e TR de Trauma. Como demonstrado da Figura 1.

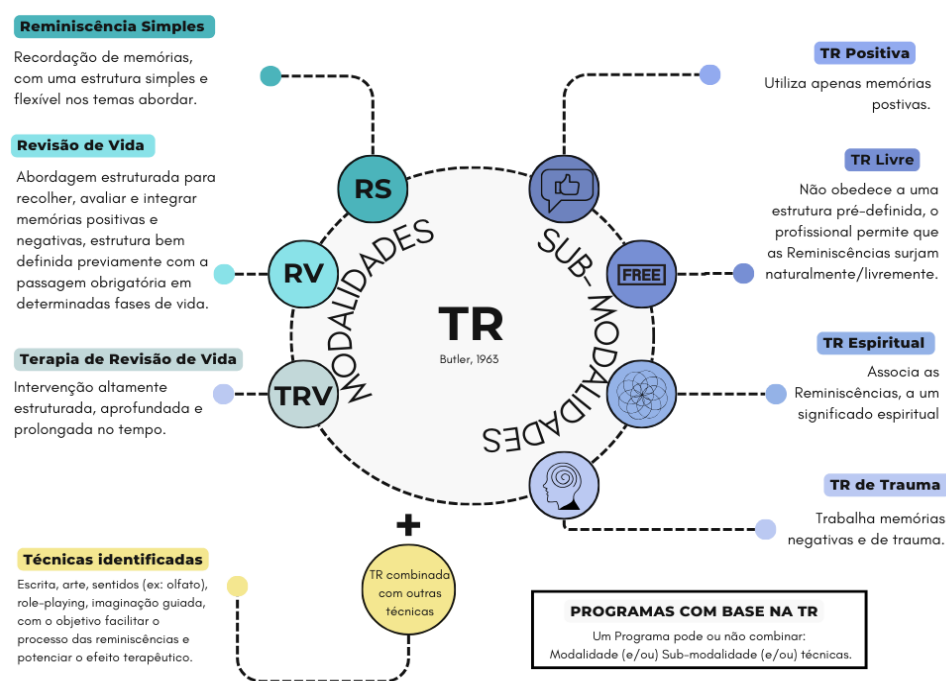


Figura 1 – Esquema de TR: Modalidades e Sub-modalidades

Ao longo da análise foi possível identificar alguns PTR que optam por combinar uma modalidade específica, associando ou não uma sub-modalidade e diferentes técnicas, como demonstra o esquema da Figura1. Dos artigos analisados, 19 adotaram uma abordagem combinada de MTR com sub-

modalidades e/ou técnicas, dos quais foram identificados 7 programas – evidenciando uma variedade maior de intervenções. Em contraste, 26 artigos utilizaram apenas uma MTR, com a identificação de apenas 2 programas, sugerindo que efetivamente as MTR, por si só não necessitam de serem enquadradas em PTR, por ser uma intervenção já estruturada. Essa necessidade aumenta quando se associam técnicas ou sub-modalidades (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Dados simplificados

Utilizam uma MTR combinada c/ sub-modalidade e/ou técnica	Utilizam apenas uma MTR	Novos conceitos: TR Integrativa, Autotranscendência TR Cognitiva*
19 (dos quais foram identificados 7 programas)	26 (dos quais foram identificados 2 programas)	6
Nota: inclui um estudo com adultos (imaginação guiada)	—	Nota: inclui um estudo com adultos jovens TR cognitiva)

Para aumentar a compreensão sobre as diferentes formas de aplicação da TR, mais especificamente sobre os PTR identificados, serão descritos em seguida, os programas que foram possíveis de serem identificados nesta análise na Tabela 3.

Tabela 3- Programas de Terapia da Reminiscência

Nome do PTR	Autor e Ano	Nº de Sessões	MTR/ Sub-modalidades e técnicas
Living History Program (convencional)	Emery, 2002	8 sessões (1x semana)	TR Simples
Life Review Group Program	Chiang et al., 2008	8 sessões (1 a 1,5 hora)	TR Simples
Living History Program (espiritual)	Emery, 2002	8 sessões (1x semana)	TR Simples + TR espiritual
REMPOS (Reminiscência Positiva)	Rueda et al., 2021	12 sessões (1h, 2x semana, 2 meses)	TR Simples + TR Positiva
"Precious Memories"	Westerhof et al., 2018	5 sessões (45 minutos, semanal ou quinzenal)	TR Simples + TR Positiva
Attachment-Focused Intervention for Reconciliation (AFIR)	Sabir et al., 2016	8 sessões (2h, 1x semana, 8 semanas)	RV/TRV + TR de Trauma
Share Your Life Story	Chippendale e Bear-Lehman, 2012	8 sessões (90 min, 1x semana)	TR Simples + Escrita terapêutica

Remembering Yesterday, Caring Today	Allen et al., 2020	6 sessões	TR Livre (Conversação espontânea)
Autobiographical Writing Workshop	Medeiros et al., 2011	8 sessões (90 min)	RV + Escrita terapêutica

A configuração dos PTR, “*Living History Program*” e “*Life Review Group Program*”, seguem uma metodologia de utilizarem uma abordagem convencional utilizando a modalidade de TR Simples, não tendo sido identificada nenhuma sub-modalidade ou técnica. Ambos utilizam o mesmo número de sessões (8), com temáticas semelhantes, como memórias de infância, dias de escola, adolescência, família, trabalho, amigos e eventos de vida significativos.

Emery et al. (2002) desenvolveu um estudo onde utiliza o “*Living History Program*” numa versão onde associa a TR espiritual, as discussões e reflexões após reviverem as memórias eram enriquecidas com elementos espirituais e reflexões sobre espiritualidade. Ambos os grupos abordavam temas e áreas principais durante as sessões (primeiras fases de vida, dias de escola, trabalho, tradições, batalhas e conquistas, entre outros) o grupo espiritual acrescentou uma camada de significado espiritual a essas discussões. No grupo espiritual, os participantes eram incentivados a refletir sobre como a espiritualidade e a fé se relacionavam com as experiências de vida discutidas. Por exemplo, durante as sessões sobre “batalhas e conquistas”, os participantes do grupo espiritual refletiam sobre como a fé os ajudou a superar desafios. Eram também complementadas com atividades como, orações, acender de velas imaginárias para honrar pessoas importantes em suas vidas, adicionando uma dimensão ritualística que estava ausente no grupo convencional.

Para Rueda et al. (2021) diversas fontes apoiaram o uso da TR, por ser uma atividade de desenvolvimento positivo que pode ser adaptada a cada pessoa e utilizada como método de EC em pessoas idosas, especialmente quando se focou em memórias positivas. Além disso, a TR como uma intervenção não farmacológica, demonstra eficácia comprovada em áreas como a memória e o humor. Estudos destacaram o seu efeito positivo na redução de sintomas depressivos. Rueda et al. (2021) através do REMPOS, investigou a relação entre

a TR Positiva e o bem-estar dos participantes, em variáveis cognitivas e afetivas (humor), os resultados mostraram melhorias significativas no grupo que recebeu a intervenção (Rueda et al., 2021)

O Programa REMPOS, utilizou TR Positiva, segundo Rueda et al. (2021) é um programa que se baseia na TR positiva, segue um formato estruturado de 12 sessões, cada sessão com 1 hora de duração, realizadas duas vezes por semana, durante 2 meses. Incluiu temas como relações interpessoais, datas importantes, ocupações, música e memórias, a metodologia incluía essencialmente a evocação de memórias positivas e a interação social entre os participantes. Compreende-se que o REMPOS é um PTR que utiliza uma modalidade de TR Simples e uma sub-modalidade de TR Positiva. À semelhança deste, o *"Precious Memories"* de, (Westerhof et al., 2018) segue a mesma metodologia.

Para Rueda et al. (2021) a TR, que tem sido historicamente associada à deterioração cognitiva numa fase avançada de vida, atualmente é reconhecida pela sua adaptabilidade, como preditor positivo noutras áreas da saúde mental nas pessoas idosas. A TR é, portanto, uma intervenção, associada a uma melhoria estatisticamente significativa ao nível de alguns domínios cognitivo, a uma redução na sintomatologia depressiva, a um aumento na satisfação com a vida e a uma maior capacidade de evocação de memórias positivas e negativas específicas.

Noutra perspetiva sobre a TR, Sabir et al. (2016) identifica a TR de Trauma como uma forma de RV, em que as memórias são evocadas com o propósito da pessoa analisar, avaliar e reconciliar-se com o próprio passado. O processo, envolve a análise, avaliação, superação e integração das experiências, resultando na resolução de conflitos internos. A revisão dos esquemas de si mesmo, levam ao desenvolvimento de explicações alternativas, treinando para a autocrítica com objetivo de aumentar a autovalorização, colocando em causa as crenças negativas sobre o eu, alcançando um nível diferente de autoconhecimento. Nos últimos anos, pesquisas têm mostrado consistentemente que indivíduos que escrevem ou falam sobre as suas

experiências emocionais difíceis recorrem menos aos serviços de saúde, apresentando melhorias físicas e psicológicas (Sabir et al., 2016).

O Programa AFIR (*Attachment-Focused Intervention for Reconciliation*) é baseado num revisitar, processar e integrar uma classe específica de experiências do passado, especificamente experiências de apego não resolvidas. Manter um vínculo de apego seguro em relação a experiências passadas difíceis, proporcionam um sentimento de segurança, construído por meio de respostas repetidas, consistentes e adequadas às necessidades da pessoa. No fundo é experienciar uma confiança profunda no outro e no ambiente, sendo dessa forma que a experiência passa a ser integrada à psique (Sabir et al., 2016).

O Programa AFIR, é composto por 8 sessões, cada sessão tem a duração de 2 horas, realizada uma vez por semana durante 8 semanas. As sessões focam-se em experiências de apego não resolvidas ao longo da vida dos participantes, os participantes são guiados através de cada estágio de desenvolvimento de Erikson, com ênfase na integração de experiências negativas (Sabir et al., 2016). Este PTR utiliza as modalidades de RV/TRV em colaboração com a sub-modalidade de TR de Trauma.

A RV baseada no diálogo tem-se mostrado eficaz na diminuição dos sintomas depressivos, mas o ato de escrever sobre eventos da vida pode trazer benefícios terapêuticos. Utilizar a escrita terapêutica é a proposta de Chippendale e Bear-Lehman (2012), como uma forma de terapia expressiva que usa o ato de escrever e o processar da palavra escrita, como parte essencial do processo. Evidências também foram encontradas quanto aos benefícios da RV através da escrita, independentemente do conteúdo do que escrevem (Chippendale e Bear-Lehman, 2012).

O PTR "*Share Your Life Story*" (Partilhe a Sua História de Vida), combina a modalidade de RV com uma técnica específica, a escrita, apresenta-se estruturado em 8 sessões, cada sessão com duração de 90 minutos. O programa, é um género de *workshop* estruturado de escrita autobiográfica, com

o objetivo facilitar o processo de reminiscências através da escrita, permitindo que os participantes compartilhem histórias pessoais e reflitam sobre as suas próprias experiências, é realizado em grupo, semanalmente. Cada sessão incluiu sugestões ou perguntas que servem como ponto de partida para inspirar ou orientar a escrita, no fundo incentivam os participantes a explorar diferentes períodos de vida, como infância, adolescência, vida adulta e eventos significativos. Os participantes escrevem sobre as experiências de vida e leem os próprios textos em voz alta, recebendo feedback positivo do grupo (Chippendale & Bear-Lehman, 2012).

Allen et al. (2020), com o intuito de avaliar especificamente a extensão autorrelatada de reviver memórias e reexperimentar emoções, permitindo uma compreensão mais detalhada da memória autobiográfica de pessoas idosas. Utilizou o PTR *"Remembering Yesterday, Caring Today"*, o estudo não se foca numa função específica da TR, mas sim, em observar quais as funções da TR emergiriam naturalmente em contexto de grupo. Apesar do Programa original utilizar uma abordagem RS, este foi adaptado para o estudo de Allen et al. (2020) onde as sessões eram baseadas em conversas que surgiam naturalmente, de forma livre e espontânea, ou seja, utilizava a sub-modalidade de TR Livre.

O estudo de Medeiros et al. (2011) avaliou a eficácia de uma intervenção estruturada de escrita autobiográfica, como o nome de *"Autobiographical Writing Workshop"*, para melhorar a memória autobiográfica, o humor e o autoconceito em adultos mais velhos. A intervenção escolhida foi baseada na crescente literatura sobre os benefícios da TR escrita na terceira idade, incluindo a melhoria do bem-estar emocional. Esta intervenção de escrita autobiográfica, foi baseada no *'Self Stories'* de Medeiros (2010). A cada semana, eram apresentados géneros literários (carta, poema, história na terceira pessoa, histórias autobiográficas contadas a partir da perspetiva de observador externo) através dos quais os participantes escreviam sobre o passado. Ao contrário do outro grupo utilizado no estudo onde não lhes eram fornecidos tópicos ou períodos de tempo para se concentrarem, mas poderiam escrever sobre qualquer coisa que escolhessem, desde que fosse autobiográfico. Com um total de 8 sessões, cada

uma com 90 minutos, uma vez por semana, caracterizado pela combinação de TR Livre com uma técnica específica (escrita autobiográfica) (Medeiros et al., 2011).

Como o anteriormente descrito, entende-se que as técnicas associadas à TR têm sido bastante utilizadas, assim torna-se igualmente importante descrever outros artigos que utilizam uma modalidade de TR combinada com diferentes técnicas, apesar de não se identificarem como PTR. Foi possível identificar as seguintes técnicas:

- **Escrita:** Para reforçar o que já foi mencionado anteriormente, o estudo de Mastel-Smith e Malecha (2007) é a primeira pesquisa empírica a testar a eficácia da *Life Story Workshop* (Oficina de História de Vida) na redução dos sintomas depressivos em adultos mais velhos que vivem na comunidade. Segundo o estudo foi observada uma diminuição significativa nos sintomas depressivos no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle.
- **Olfato:** A TR, enfatiza a importância de usar gatilhos multissensoriais para evocar memórias pessoais. A maior parte dos estudos sobre a TR utiliza memórias visuais como estímulo, mas é possível utilizar os cinco sentidos, e o olfato é o que mais rapidamente evoca memórias vívidas e gera respostas emocionais. Por exemplo, uma memória, de imagens visuais podem desaparecer no espaço de alguns dias; no entanto, a memória do cheiro pode ser retida durante anos. Diversos estudos confirmaram que os estímulos olfativos são benéficos para a saúde fisiológica e mental, no entanto, por se considerar que o olfato diminui com a idade, poucos são os estudos que utilizaram a descrição de aromas para evocar reminiscências (Fu et al., 2020).
- **Arte:** A terapia artística, como um tratamento não farmacológico, pode melhorar o estado de saúde das pessoas mais velhas e ajudá-las a lidar com os desafios da vida. O propósito do estudo foi investigar os impactos a curto e longo prazo. Aumentar o conhecimento sobre o uso do desenho no cuidado geriátrico como um método eficaz e não farmacológico para tratar os sintomas de depressão. Os participantes eram convidados a criar obras de arte com base em eventos específicos, com a intenção de estimular a recordação de experiências passadas. Segundo o estudo, os participantes mencionaram que o desenho era uma experiência agradável e recompensadora, e gostaram de visitar as memórias da infância. Também gostaram do ambiente de grupo, onde os participantes gradualmente mostraram maior disposição para frequentar as sessões (Ilali et al., 2018).

Para além dos resultados da análise, também foi possível identificar conceitos complementares que, embora não sejam o foco principal deste estudo, podem servir de ponto de partida para futuras análises. Entre eles, destacam-se os

seguintes conceitos, Reminiscência Cognitiva ou *Cognitive-Reminiscence Therapy* (CRT) que segundo Hallford et al. (2022) é descrita como uma intervenção estruturada de reinterpretação de experiências passadas de forma mais adaptativa, baseia-se em princípios da terapia cognitiva e da regulação emocional. Num processo que envolve desafiar crenças negativas sobre si mesmo e desenvolver interpretações mais positivas e realistas dos eventos de vida.

O conceito de Reminiscência Integrativa também como um sub-modalidade (Bohlmeijer et al., 2008) e o conceito de Auto-transcendência descrito como um processo multidimensional que envolve a expansão do eu em 3 diferentes direções: internamente (autoavaliação e crescimento pessoal), externamente (relação com os outros e com o que nos rodeia) e temporalmente (integração do passado, presente e futuro). Com pesquisas que mostraram uma correlação inversa entre Auto-transcendência e depressão. Sendo que a Auto-transcendência pode ser estimulada através de intervenções, como a reminiscência estruturada, que promove a reflexão sobre o passado de forma a ajudar as pessoas a encontrarem um novo significado para as experiências de vida, o que contribui para a melhoria de sua saúde mental (Stinson et al., 2005).

1.4. Conclusão e Reflexão Crítica

A análise realizada evidência que a TR tem um impacto positivo em diversas dimensões da saúde mental, sendo particularmente eficaz na redução de sintomas depressivos, melhoria do autoconceito, da autoestima e cognição. No entanto, alguns desafios ainda precisam ser considerados.

A heterogeneidade das abordagens da TR nos estudos analisados demonstra que ainda não há um consenso sobre um protocolo padronizado de aplicação, variando em número de sessões, modalidades e técnicas utilizadas. Esse fator pode ter impacto na comparação dos resultados e na replicação das intervenções em diferentes contextos. A literatura analisada aponta que a

formação dos profissionais de saúde para a implementação da TR nem sempre é específica, deixando em aberto quais áreas profissionais que estão mais preparadas para conduzir estas intervenções de forma estruturada.

Outro ponto que deve ser realçado, diz respeito ao acesso a estas intervenções no âmbito dos cuidados de enfermagem, em populações institucionalizadas comparativamente com pessoas idosas na comunidade. Embora a TR tenha mostrado eficácia em ambos os contextos, a sua aplicação em lares pode ser facilitada pela rotina estruturada das instituições, enquanto no contexto comunitário podem surgir dificuldades na adesão e continuidade da intervenção, enquanto enfermeira a exercer funções numa UCC considera-se a TR uma intervenção bastante útil para ser aplicada em contexto comunitário na lógica de promoção e prevenção da saúde mental da pessoa idosa.

O enquadramento da TR dentro dos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções reforça sua relevância como prática clínica na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. A sua aplicabilidade permite que enfermeiros desempenhem um papel cada vez mais ativo na promoção e prevenção da saúde mental das pessoas idosas.

Enquanto enfermeira em processo de aprendizagem sentiu-se a necessidade de enquadrar a TR nos diagnósticos de enfermagem após esta análise do tema, assim fica a sugestão apresentada na seguinte Tabela 4.

Tabela 4- Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à TR

Diagnóstico de enfermagem	Objetivos /Resultados Esperados	Intervenções
Memória comprometida	Determinar evolução da memória Recorda eventos passados Mantém orientação temporal e espacial	Estimulação Cognitiva/ Terapia de Reminiscência: - Promover exercícios de memória - Usar objetos ou imagens para evocar lembranças - Criar atividades que estimulem a recordação de eventos passados
Autoestima comprometida	Promover a melhoria da autoestima Expressa emoções positivas Demonstra satisfação ao relembrar experiências	Promover Comunicação: - Criar um ambiente seguro e tranquilo para partilha - Validar emoções e memórias do utente
Autoconceito comprometido	Promover a melhoria do Autoconceito Expressa sentimentos positivos sobre si mesmo Demonstra confiança ao compartilhar lembranças	Terapia de Reminiscência: - Estimular memórias de conquistas passadas - Utilizar fotografias, músicas e objetos significativos para reforçar identidade
Humor Depressivo	Determinar evolução do humor Demonstra satisfação ao relembrar experiências Expressa emoções positivas	Promover Comunicação: - Criar um ambiente seguro para compartilhar memórias - Validar emoções e experiências que tragam prazer
Ansiedade	Promover autocontrolo: ansiedade Redução ansiedade ao recordar memórias positivas Expressa redução da ansiedade	Terapia de Reminiscência: - Utilizar memórias agradáveis para promover relaxamento e bem-estar - Criar um ambiente seguro para a expressão emocional
(Bulechek, 2017; Herdman et al., 2021; Johnson e Sweeney, 2013; Ontologia, 2025)		

Para Gil (2019), os efeitos da TR são largamente estudados, nomeadamente em domínios da saúde mental como a ansiedade, os sintomas depressivos, o bem-estar psicológico e a função cognitiva. É de realçar que a revisão sistemática com meta-análise (Pinquart, 2024) que serviu de base a este trabalho, não inclui o trabalho de Gil (2019). Dada a importância do seu trabalho como contributo para conhecimento desta intervenção em Portugal, sobre a implementação de programas de intervenção com base nas reminiscências, considerou-se relevante fazer aqui uma pequena reflexão sobre o mesmo. O programa de reminiscências de Gil (2019), é um PTR do tipo Simples com o recurso de técnicas facilitadoras do processo, como por exemplo, aromas, música e objetos significativos. Este PTR é composto por uma vertente principal (14 sessões) e uma vertente de manutenção (7 sessões).

Tendo em conta os benefícios evidenciados pela TR na promoção da saúde mental das pessoas idosas, bem como os desafios identificados na sua

implementação, torna-se essencial a sistematização desta abordagem na prática de enfermagem. Sendo interessante no futuro a elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas para a Intervenção Psicoterapêutica em TR, que possa servir como referência estruturada para EESMP no planejamento e execução de intervenções baseadas na TR. Com recomendações sobre critérios de seleção da modalidade de TR mais adequada a cada contexto (institucional, comunitário ou domiciliário) e faixa etária, critérios de avaliação dos efeitos da intervenção, e a adaptação da TR às necessidades específicas dos participantes com diferentes níveis de comprometimento cognitivo. Um documento, que poderá ser um contribuindo para uniformizar esta intervenção, facilitar a capacitação dos profissionais e promover uma abordagem mais eficaz e baseada na evidência científica. Tornando a TR como uma intervenção ainda mais reconhecida no âmbito dos cuidados do EESMP.

CAPÍTULO II – ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

2.1. Caracterização do Contexto

O estágio no contexto comunitário decorreu numa Unidade Local de Saúde (ULS) numa UCC, durante o período de 16 de setembro a 16 de outubro, com um total de 125 horas.

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, estabeleceu o regime de organização e funcionamento, aspetos revogados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto. Neste âmbito, as UCC são definidas como unidades com autonomia organizativa e técnica (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008; Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

Esta UCC, é constituída por uma equipa multidisciplinar onde a sua intervenção é centrada na pessoa, respetiva família e na comunidade em que se insere, com acompanhamento ao longo de todo o ciclo vital e de acordo com as necessidades de cuidados. Estes cuidados incluem a promoção da saúde, o apoio social e psicológico, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontrem nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos de pessoas vulneráveis.

Reforçando que atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família. Sendo uma unidade que dá resposta de forma multidisciplinar, contando com vários profissionais como, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, e outros profissionais.

2.2. Principais diagnósticos de enfermagem e Intervenções de Enfermagem

Considerando o índice de dependência elevado (62,92%) desta comunidade, segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP,

2024), e a confirmar-se que existe uma grande prevalência de PNC, o que justifica a abordagem com forte foco na prestação de cuidados na saúde mental da pessoa idosa e respetivos cuidadores formais e informais. É uma unidade que dá resposta de forma transversal a um largo espectro de patologias, desde doenças mentais comuns, como a perturbação depressiva e doenças mentais graves, como a esquizofrenia e o abuso de substâncias.

Na saúde mental, a equipa conta com EESMP, e desenvolve vários projetos no âmbito da Promoção da Saúde Mental na Parentalidade; Promoção de saúde mental na pessoa idosa; Promoção da literacia em saúde e da saúde mental dos cuidadores na pessoa com perturbação mental. Identificando os seguintes critérios como prioritários, utentes com ideação suicida, utentes integrados em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com impossibilidade ou dificuldade de cumprir plano terapêutico por alteração do estado mental, exaustão do prestador de cuidados (PC), alteração comportamental significativa, como por exemplo, agitação, insónia, alucinação, delírio entre outras.

Na promoção de saúde mental na pessoa idosa, é utilizado o COGWEB®, ferramenta que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, através de um conjunto de exercícios dirigidos a diferentes domínios cognitivos, como por exemplo, atenção, memória, linguagem, cálculo e funcionamento executivo.

Relativamente ao projeto que promove a literacia em saúde e da saúde mental dos cuidadores na pessoa com perturbação mental, importa salientar que a intervenção do EESMP é essencial, uma vez que o *stress* no cuidador compromete o seu papel, com implicações negativas quer para o utente quer para todo o contexto familiar. A regulação emocional através de intervenções psicoterapêuticas, realizadas pelo EESMP, pode ser eficaz para lidar com situações, como o *stress* do prestador de cuidados, potenciando positivamente a sua qualidade de vida, promovendo a capacidade de implementar estratégias, no sentido de solucionar problemas, evitando o aumento de stress ou a rutura na prestação de cuidados com repercussões na sua saúde física e mental (Correia & Leal, 2019).

A intervenção comunitária do EESMP passa por dar resposta a todas as vias de referência, mais especificamente, o acompanhamento domiciliário a utentes com doença mental grave, monitorização de situações de crise e adesão ao regime terapêutico entre outras necessidades de saúde inerentes a estes utentes. Importa referir as respostas dadas pela presente especialidade, na área da promoção e prevenção precoce, com um EESMP a desenvolver atividades na Saúde Escolar dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Escolar e consequentemente ao Programa Nacional de Saúde Mental. Ainda na lógica da promoção e prevenção a equipa de especialistas promove, organiza e participa num plano de formações em colaboração com entidades do município, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar.

Como anteriormente descrito esta unidade, tem uma resposta abrangente, incluindo na área das toxicodependências através de um projeto com uma resposta no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, na área da Toxicodependência, utilizando diversas estratégias de intervenção.

Para sintetizar a análise dos principais diagnósticos de enfermagem e focos de atenção identificados no contexto comunitário, seguem-se os mesmos:

- Memória comprometida;
- Confusão;
- Autocuidado comprometido;
- Humor depressivo;
- Ansiedade;
- Pensamento comprometido;
- Adesão ao regime terapêutico;
- Autoconceito comprometido;
- Ideação suicida;
- Sobrecarga do prestador de cuidados;
- Luto comprometido;
- Comportamento aditivo;

Fica evidente que é um contexto rico em intervenções na área da saúde mental, para além disso, uma vez que sou enfermeira a desempenhar funções numa unidade da mesma tipologia, foi interessante analisar de que forma poderia transitar os conhecimentos deste processo de aprendizagem para a prática profissional.

No âmbito das competências do EESMP, foi essencial executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais, nomeadamente no contexto comunitário. Assim, a intervenção proposta, teve em conta as necessidades associadas ao serviço e a tipologia de utentes com maior incidência. A intervenção foi planeada conforme o preconizado e com base na análise dos PTR no capítulo anterior. Inicialmente a intervenção projetada era a implementação do PTR de Gil (2019) num grupo, devido ao processo de transição das respostas integradas em saúde mental, não foi possível a realização da intervenção em grupo, tendo sido adaptada para uma intervenção individual de TR Simples num utente com 75 anos e diagnóstico de DCL, indo ao encontro do projeto já desenvolvido por esta UCC no âmbito da promoção da saúde mental na pessoa idosa.

2.3. Intervenção individual: Terapia das Reminiscências Simples

Importa analisar a importância da promoção da saúde mental na pessoa idosa e cuidador, face aos desafios específicos associados ao envelhecimento e ao ato de cuidar. Segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade e da população idosa, bem como pela redução da natalidade e da população jovem (OMS, 2015).

O conceito de “envelhecimento saudável” refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da

interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa (OMS, 2015).

Passos et al. (2014) no que diz respeito à doença mental e segundo os resultados do estudo que desenvolveram foram identificados 42 focos de atenção em Enfermagem relacionados com a saúde mental em pessoas mais velhas de diferentes contextos, sendo um dos focos mais frequentes a memória (90,7%), cansaço (86,7%), ansiedade (84,0%), nervosismo (78,7%) e insónia (77,3%).

A TR pode-se configurar numa atividade agradável e estimulante, que contribui para redução do isolamento social revelando-se como uma estratégia para promover o relacionamento (Gil et al., 2019).

As indicações terapêuticas para a intervenção “Executar Terapia pela Reminiscência”, segundo Sampaio et al. (2023) dão resposta a diagnósticos de enfermagem de cognição comprometida, comunicação comprometida e humor depressivo.

Tal como extraído da revisão realizada ao tema central, a TR simples, tem como principal objetivo estimular as memórias autobiográficas durante conversas sobre tópicos específicos do passado (férias, comida, bebida e trabalho), e esta terapia pode ser realizada de forma individual ou em grupo (Sampaio et al., 2023).

2.3.1. Justificação da intervenção e relação com os domínios

Segundo a Ontologia em Enfermagem, dentro do processo mental, foi possível identificar os seguintes Focos de Atenção/Diagnósticos: Memória Comprometida, Humor depressivo e Autoconceito comprometido. Com o principal objetivo de promoção humor depressivo e ansiedade, a intervenção proposta concorre para os seguintes dados e objetivos. De forma a facilitar a compreensão segue-se a informação da Tabela 5, que correlaciona os domínios,

dados, diagnósticos de enfermagem, objetivo e intervenções do estudo de caso selecionado.

Tabela 5 - Estudo de caso 1

Domínios	Dados	Foco de Atenção / Diagnóstico	Objetivo	Intervenções
Memória	Dificuldade em reter nova informação. Dificuldade em recuperar informação. Desorientação face às pessoas. Sem desorientação no espaço. Desorientação no tempo. Aplicado Mini-Mental State Examination	Memória comprometida	Determinar evolução da memória	Avaliar evolução da memória Estimular memória: Executar TR
Emoção	Características o humor: - o Com indícios de humor depressivo; - o Sem indícios de euforia. - o Não verbaliza ansiedade - o Sem manifestação de inquietação. - o Sem manifestação de irritabilidade. - o Sem manifestação de pânico. - o Não manifesta negação da perda. - o Especificação da perda: não aplicável. Escala Geriátrica de Depressão (GDS - 10) Sheikh e Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014).	Humor depressivo o Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração, Tom de voz baixa, discurso arrastado. Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor	Determinar evolução do humor Promover autocontrolo: humor (Dado: Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor)	Avaliar evolução do humor depressivo Executar TR
Autoconceito	Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal. Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho. Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.	Autoconceito comprometido	Determinar evolução do autoconceito	Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

A intervenção proposta de TR potência não só a função cognitiva, como pode aliviar sentimentos de solidão, ansiedade e depressão ao encorajar a expressão emocional, permitindo o utente a revisitar memórias significativas (Sezer Balci et al., 2022).

Após a entrevista clínica (sessão 0), ao utente, e considerando a análise da literatura realizada no capítulo anterior, a intervenção de TR dá resposta ao domínio prioritário (memória), trabalhando paralelamente os outros domínios identificados com potencial para serem trabalhados (Autoconceito e Emoção).

Com base nos domínios identificados, foi fundamental correlacionar com as comorbilidades identificadas e enquadrar teoricamente, cumprindo com o preconizado nas competências específicas do EESMP de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018. Destacando que o EESMP deve realizar avaliações globais e abrangentes, considerando fatores predisponentes, protetores e promotores do bem-estar em saúde mental, assim como identificar e desenvolver diagnósticos e planos de cuidados individualizados, ajustados às necessidades do utente, contexto familiar e comunidade. Assumindo também a responsabilidade de coordenar e implementar intervenções psicoterapêuticas com o objetivo de otimizar a saúde mental do indivíduo, integrando estratégias que visam a promoção da educação em saúde mental, promoção da adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida do utente, alinhando-se com o previsto nas competências.

A literatura sugere que os sintomas não motores mais comuns na doença de Parkinson incluem PNC, sendo estes os que mais afetam negativamente a qualidade de vida dos utentes. Identificando estes utentes com 5 a 6 vezes maior probabilidade de desenvolverem um PNC do que populações envelhecidas saudáveis (Yu & Wu, 2022).

Yu e Wu (2022), menciona que embora a demência não ocorra necessariamente em todos os casos de diagnóstico de Doença de Parkinson, cerca de 80% destes utentes são eventualmente diagnosticados com PNC. O comprometimento cognitivo leve é considerado um dos melhores indicadores para a deteção

precoce, dando especial interesse as fases de transições dos estados cognitivos de um utente com Doença de Parkinson (Yu & Wu, 2022).

A corroborar a importância da incidência de PNC nestes utentes, Meireles e Massano (2012), assume existir um largo espectro de características não motoras na Doença de Parkinson, sintomas esses frequentemente negligenciados na prática clínica. Sendo importante explorar a presença desses sintomas, quantificar a gravidade e o impacto desses sintomas, na deterioração da qualidade de vida, justificando a importância de intervenções terapêuticas específicas focadas na saúde mental.

Apesar de existir pouca evidência sobre a reabilitação cognitiva para pessoas com Doença de Parkinson. Parece que o treino cognitivo promove melhorias a curto prazo nas capacidades cognitivas treinadas, estilos de vida que promovem a EC, podem atrasar o processo neurodegenerativo e atrasar o declínio cognitivo associado à Doença de Parkinson (Foster, 2022). A TR vem neste seguimento como uma intervenção não farmacológica adequada ao utente.

Após a análise detalhada do processo clínico do utente, realizada em conjunto com a EESMP/Tutora de Estágio, identificou-se a necessidade de considerar a intervenção noutra domínio relevante. Mais especificamente no domínio da Emoção, no qual se destaca a avaliação do humor, com a presença de sintomas depressivos neste utente. Este reconhecimento de diferentes domínios sublinha a importância da avaliação multidimensional em enfermagem, onde os domínios da saúde mental se mostram muitas vezes interligados e como potenciadores da própria intervenção.

Assim e reforçando a importância da análise realizada ao longo deste trabalho, a TR, sustentada teoricamente, mostra-se adequada não só como uma intervenção com foco para melhorar a função cognitiva, mas também o humor e a qualidade de vida, aumentando o bem-estar geral.

Sobre a pertinência do domínio da emoção, na literatura o processo de envelhecimento pode ter um impacto negativo na saúde mental, uma vez que as pessoas idosas não enfrentam apenas o envelhecimento físico, mas também

desafios que afetam o seu bem-estar mental e social. Fatores como incapacidades decorrentes de doenças, solidão, falta de apoio familiar, autonomia pessoal limitada e dependência financeira podem contribuir para o aumento de problemas de saúde mental, especialmente sintomas depressivos (Debnath et al., 2023).

A depressão pode afetar gravemente a qualidade de vida e aumentar a dependência de terceiros, e se não for tratada, pode ter implicações clínicas e sociais graves. O reconhecimento precoce, diagnóstico e intervenção, como o início do tratamento e reabilitação, podem prevenir o sofrimento, a morte prematura e proporcionar uma vida produtiva e autônoma. O diagnóstico e intervenção precoces também podem reduzir significativamente as taxas de mortalidade devido ao suicídio e a doenças médicas, além de diminuir os custos com cuidados de saúde (Cheruvu & Chiyaka, 2019).

Consequentemente o Autoconceito deve ser considerado, uma vez que o envelhecimento é uma parte natural e inevitável da vida, caracterizado por mudanças fisiológicas e psicológicas. Neste processo importa valorizar as mudanças com mais impacto na qualidade de vida do utente.

Neste estudo de caso específico, a percepção do envelhecimento refere-se à visão subjetiva que o indivíduo tem do seu próprio processo de envelhecimento e do seu nível de satisfação com ele. Esta percepção reflete o quão bem o indivíduo se adaptou às várias mudanças associadas ao envelhecimento. É importante destacar que a percepção do envelhecimento tem um impacto significativo no comportamento das pessoas idosas e nas suas relações com os outros. Uma percepção negativa do envelhecimento pode levar a um declínio no funcionamento geral (Arjmand-sangani et al., 2024).

O estudo de Arjmand-sangani et al. (2024) estabeleceu uma ligação clara entre a percepção do envelhecimento e várias variáveis de saúde e psicológicas, como a satisfação com a vida, depressão, ansiedade, atividades diárias e atividade física em pessoas idosas. Uma dessas variáveis refere-se à confiança do indivíduo na sua capacidade de alcançar objetivos específicos. A autoeficácia e

o autoconceito são fontes de controlo sobre o comportamento e desempenham um papel importante na manutenção da saúde mental e física e no bem-estar geral (Arjmand-sangani et al., 2024).

Noutra perspetica teórica, a autoestereotipagem da idade ocorre através de vários processos. Os estereótipos são aprendidos e reforçados ao longo da vida, podem ser inconscientes, transformando-se em autoestereótipos, e podem influenciar o indivíduo de várias formas. Embora a investigação sobre autoestereótipos destaque os resultados negativos, o lado oposto é que perceções positivas do envelhecimento demonstraram ter efeitos benéficos, como o aumento da longevidade (Hausknecht et al., 2020).

Considerando as implicações das perceções de envelhecimento ao longo da vida, é importante compreender as perceções das pessoas idosas sobre o envelhecimento, pois estas têm um impacto na qualidade de vida, reforçando assim a identificação do domínio do autoconceito neste estudo de caso.

De acordo com a NANDA, International Nursing Diagnoses (Herdman et al., 2021) no domínio da autoperceção, o autoconceito pode ser descrito como "Consciencialização sobre si mesmo" e "a perceção sobre o eu total". Esta definição refere-se ao padrão de perceções ou ideias que uma pessoa tem sobre si mesma, as quais podem ser aperfeiçoadas. As características que definem este conceito incluem: aceitação das limitações e qualidades pessoais, ações congruentes com as expressões verbais, confiança nas suas capacidades, desejo de melhorar o autoconceito e o desempenho de papéis sociais, além de expressar satisfação com a identidade pessoal, imagem corporal e pensamento sobre si próprio, bem como com o senso de valorização.

De acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Bulechek, 2017) a assistência ao utente no processo de melhoria do autoconceito inclui ajudá-lo a investigar e compreender melhor os seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos. Essa intervenção tem como objetivo apoiar a pessoa na reformulação de perceções sobre si mesma, fomentando uma visão

mais positiva e realista que contribua para a sua saúde emocional e bem-estar geral.

Este processo de análise do autoconceito foi fundamental, não ignorando o facto de serem conceitos intimamente relacionados com a promoção da autoestima e do bem-estar, ao ajudar o utente a aceitar e valorizar as suas capacidades, limitações e qualidades, a intervenção não apenas facilita o autoconceito, mas também a autoestima.

Ao valorizar os domínios acima identificados (Memória, Emoção e Autoconceito), importa referir que a memória autobiográfica está intimamente ligada ao nosso sentido de identidade e a TR, através de memórias autobiográficas pode desempenhar várias funções no envelhecimento saudável (Allen et al., 2020).

Esta análise enfatiza a complexidade dos diferentes domínios em saúde mental. A intervenção seleccionada desempenha um papel direto na memória, contudo e segundo a literatura poderá ter impacto indiretamente nos domínios da emoção e do autoconceito.

2.3.2. Planeamento da intervenção

Com base nas orientações estruturais preconizadas pela literatura foi elaborado um planeamento da intervenção com sessões semanais em consonância com a análise de várias orientações para TR Simples. Por exemplo, o Programa REMPOS de Rueda et al. (2021) é um PTR que utiliza uma modalidade de TR Simples e uma sub-modalidade de TR Positiva, segue um formato estruturado, cada sessão com 1 hora de duração e incluiu temas como relações interpessoais, datas importantes, ocupações, música e memórias, a metodologia incluía essencialmente a evocação de memórias positivas. A corroborar esta estrutura o PTR de Gil (2019), assume também uma estrutura semelhante, tendo sido a base do planeamento desta intervenção.

A intervenção foi estruturada em sessões individuais realizadas no domicílio do utente, proporcionando um ambiente confortável e familiar. As sessões tinham

uma duração de 50 a 60 minutos e foram adaptadas conforme as necessidades do utente. A condução das sessões deverá atender às histórias de vida e identidade própria do utente (Sampaio et al., 2023).

Dentro dos temas que o PTR de Gil (2019) disponibiliza, foram desenvolvidos no total 5 temáticas, tendo sido dada autonomia e oportunidade ao utente de identificar quais os temas mais significativos (Figura 2).

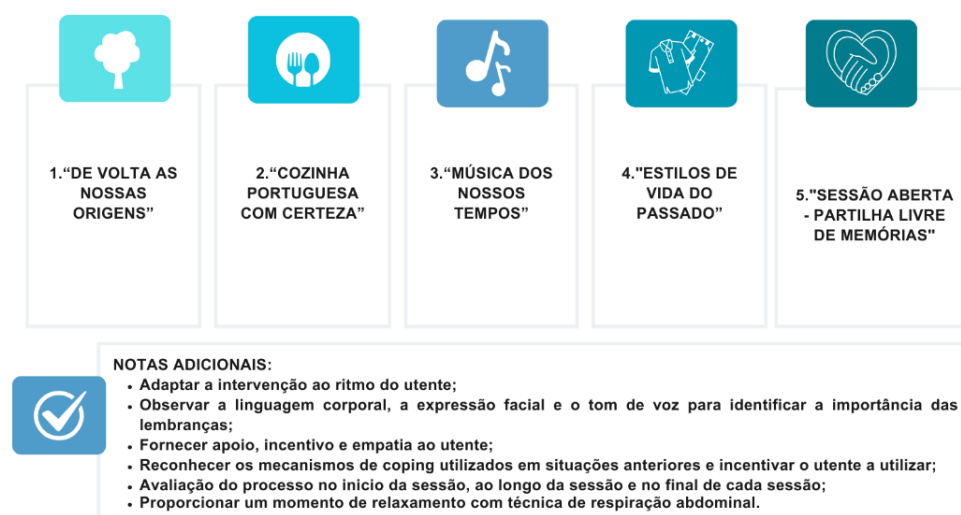


Figura 2 – Temáticas: TR Simples na pessoa idosa

Assim e de forma a identificar facilmente o planeamento das sessões foi elaborado um cronograma (Figura 3) que demonstra a linha temporal e organizativa da intervenção psicoterapêutica.



Figura 3 – Cronograma: TR Simples na pessoa idosa

Ao longo da intervenção foram desenvolvidos materiais de apoio às sessões com base nas temáticas centrais e do PTR de Gil, (2019), que podem ser consultados no Apêndice 2 e 3, Material de Apoio à Sessão TR, na pessoa idosa e Cronograma da Intervenção TR, na pessoa idosa.

2.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos

Neste estudo de caso, o utente caracteriza-se como homem de 75 anos, com diagnóstico médico de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e síndrome depressivo (Tabela 6). A caracterização do utente encontra-se mais específica no Apêndice 10 – Estudo de Caso, E4nursing.

Tabela 6 – Dados Recolhidos TR: na pessoa idosa

	Domínio	Escala/instrumento	Resultados
PROCESSO MENTAL	Memória	Mini-Mental State Examination Guerreiro, M. (1998).	Total de 22 valores, o que indica a presença de défice cognitivo ligeiro para indivíduos com um nível de escolaridade entre 1 a 11 anos. Com dificuldades em áreas como a orientação espacial e temporal, a capacidade de memória, a linguagem e as funções de atenção e cálculo.
	Emoção	Escala Geriátrica de Depressão (GDS - 10) Sheikh e Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014)	Total de 5 valores. Avaliação por subcategorias: Ponto 1 = 1 valores; Ponto 2 = 0 valores; ponto 3 = 0 valor; Ponto 4 = 1 valor; Ponto 5 = 1 valores; ponto 6= 0 valores; ponto 7 = 0 valores e ponto 8 = 0 valores; ponto 9 = 1 valor e ponto 10 = 1 valor. Os Pontos 1, 4, 5, 9 e 10: com 1 valor cada, podem refletir sintomas depressivos ligeiros, como uma leve perda de interesse em atividades, dificuldades no sono ou uma visão mais negativa de si mesmo.

2.3.4. Resultados/ Avaliação da intervenção

Após uma análise detalhada do processo clínico do utente, verificou-se que a intervenção psicoterapêutica centrada na TR se mostrou adequada às necessidades do utente e dos diagnósticos de enfermagem formulados.

A avaliação do processo envolveu a análise contínua da adesão do utente às sessões de TR, a sua motivação e envolvimento ao longo da intervenção. O

utente demonstrou uma adesão consistente, participando regularmente nas sessões, mostrando-se motivado para partilhar memórias e experiências pessoais. Essa motivação foi reforçada pelo ambiente familiar, comunicação simples e pela relevância dos temas abordados, demonstrando a importância de uma intervenção individualizada. O preenchimento da grelha de avaliação das sessões mostrou melhorias graduais nas respostas do utente, com destaque para a sua capacidade de reviver e partilhar memórias, assim como para a interação validando a efetividade da intervenção.

Para concretizar esta avaliação foi utilizada uma a grelha de avaliação de sessões que integram PTR de Gil (2019), a grelha avalia quatro categorias: o interesse, a comunicação, a satisfação e o humor. Segue-se os resultados na Tabela 7.

Tabela 7 – Grelha de avaliação das sessões que integram TR (adaptada)

Sessão	Adesão do utente Esteve Presente?	Interesse	Comunicação	Satisfação	Humor
Sessão 1	Sim	3 (Demonstra algum interesse)	1 (Pouca ou nenhuma comunicação)	3 (Demonstra alguma satisfação)	1 (Em baixo hoje, parece estar triste)
Sessão 2	Sim	5 (Demonstra bastante interesse)	5 (Comunica bem)	5 (Bastante satisfeito com a sessão)	3 (Alguns sinais de bom humor)
Sessão 3	Sim	5 (Comunica bem)	5 (Comunica bem)	3 (Demonstra alguma satisfação)	3 (Alguns sinais de bom humor)
Sessão 4	Não	---	---	---	---

Durante a sessão 1, foi perceptível alguma dificuldade de o utente aceder a memórias mesmo com o recurso a fotografias antigas, foi necessária adotar uma comunicação muito simples e clara ao mesmo tempo que era necessário dar tempo ao utente para refletir sobre o que estava a ver dando tempo e espaço para se expressar.

Na sessão 2, o utente revelou-se mais comunicativo. Para além de recordar o que foi realizado na sessão anterior, demonstrou interesse na intervenção. A

técnica associada de estímulo sensorial (olfato), pareceu ter um impacto significativo, sendo esta a sessão em que o utente mais comunicou. O utente ainda partilhou reviveu uma fase específica de vida, quando era pescador com memórias muito pormenorizadas, desde os barcos, a técnicas específicas de pesca.

Compreende-se aqui que o estímulo sensorial foi potenciador das reminiscências. Como menciona Fu et al. (2020) lembrar através de cheiros pode ser eficaz na redução da ansiedade, da depressão e da atividade do sistema nervoso simpático. Este efeito pode estar relacionado com a capacidade dos odores de facilitar a resolução de conflitos com o passado, promover um sentimento de reconciliação e fortalecer a identidade pessoal.

Durante a sessão 3, através de músicas antigas como recurso principal, foi possível observar um impacto positivo no utente. A familiaridade das músicas previamente escolhidas facilitou o processo de reviver memórias. Ao longo da sessão, notou-se uma melhoria no humor, refletida em expressões faciais e expressão emocional espontânea.

Apesar das limitações temporais impostas e da impossibilidade de realizar a sessão 4, a intervenção revelou-se essencial para compreender o funcionamento de um PTR, combinando a modalidade de TR Simples, baseada em Gil (2019), com uma técnica específica, como o estímulo sensorial.

2.4. Intervenção de grupo: Ação de sensibilização sobre a importância da saúde mental e do autocuidado em saúde mental.

Compreende-se que o cuidador de pessoas idosas é a pessoa que supre as necessidades advindas da incapacidade funcional, temporária ou definitiva para o autocuidado. Esta tarefa inclui ações que visam auxiliar a pessoa idosa, impedido física ou mentalmente, a desempenhar tarefas práticas de AVD's (Couto et al., 2016).

No entanto, a intervenção do cuidador não se limita apenas ao assegurar das necessidades básicas do indivíduo, visando igualmente a promoção do bem-estar físico e emocional da pessoa cuidada (Julião Da Silva, 2023).

Apesar de a família ser o principal prestador de cuidados, o envelhecimento demográfico relaciona-se com a própria estrutura e funcionamento das famílias portuguesas. Com a diminuição da capacidade das respostas ao nível da família, observa-se um aumento da procura por serviços formais. Estas considerações têm justificado o crescimento do número de estruturas residenciais para pessoas idosas e de serviços de apoio domiciliário, bem como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Bárrios et al., 2020).

Segundo Figueiredo et al. (2019), cabe aos cuidadores estarem atentos às necessidades das pessoas idosas, saber lidar com diferentes doenças, sintomas cognitivos ou problemas sociais, características de personalidade, aspetos familiares e contextuais; e apoiar as atividades diárias básicas, como a higiene e a alimentação. Ainda segundo o mesmo (Figueiredo et al., 2019), esta complexidade, traz novos desafios para os cuidadores, como sobrecarga e *stress*, frustração, isolamento, depressão, ansiedade, fadiga, raiva, conflitos familiares, culpa, alterações emocionais, entre outros.

A saúde mental dos cuidadores formais é um aspeto crucial para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e para a saúde e bem-estar dos próprios cuidadores. Conforme o exposto fica claro que a intervenção com cuidadores é pertinente, devendo não só promover conhecimentos e competências específicas, mas também o desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão do *stress* e da sobrecarga emocional (Figueiredo et al., 2019).

2.4.1. Justificação da intervenção

Sobre a intervenção nos cuidadores Pinquart e Sörensen (2003) mencionam que os principais objetivos devem ser centrados na redução da quantidade objetiva

de cuidados que os cuidadores precisam de prestar e dar-lhes mais liberdade na gestão do seu tempo, aumentar a capacidade dos cuidadores para controlar a experiência de prestação de cuidados, aumentando as competências para gerir alterações comportamentais através de terapia de resolução de problemas e de autogestão; e reduzir os pensamentos negativos que possam contribuir para o *stress* e a depressão.

De forma a dar uma resposta de acordo com as necessidades e objetivos identificados pela equipa da UCC, foi-nos proposto realizar uma ação de sensibilização, junto dos cuidadores formais sobre a importância da saúde mental no ato de cuidar e da importância para o autocuidado em saúde mental.

Adaptando o conceito que a OMS publicou a 25 de julho de 2018, onde é divulgado um documento orientador sobre os primeiros cuidados emocionais, que envolvem ajuda prática para apoiar indivíduos que sofreram sérias situações de crise ou que se encontram em situações de extrema angústia. O guia fornece diretrizes básicas para que as pessoas que prestam assistência respeitem a dignidade, a cultura e as capacidades das pessoas assistidas. Nesta lógica e com base nesse documento foram adaptados alguns princípios para a elaboração da ação para cuidadores formais (OMS, 2011).

Segundo a Federação Internacional da Cruz Vermelha (2024) num projeto apoiado pela União Europeia com o nome EU4Health, vários modelos de primeiros socorros emocionais foram desenvolvidos nos últimos anos. Todos ligeiramente diferentes, mas seguem os mesmos princípios, garantindo a segurança, promovendo a calma, a conectividade, a esperança e o sentido de eficácia. Integrando os vários aspetos das diferentes abordagens, a OMS desenvolveu os três princípios de ação: 'Ver, Ouvir e Ligar' (*Look, Listen, Link*), princípios estes também utilizados como base para a ação de sensibilização realizada.

2.4.2. Planeamento da intervenção

A ação de sensibilização teve por base as orientações de boas práticas em literacia para a saúde. Com o objetivo de transmitir informação relevante e compreensível, para que os participantes possam adquirir e adotar estratégias adequadas de comunicação verbal e não-verbal, potenciar recursos existentes e privilegiar a diversidade de recursos. Estas ações são oportunidades de aprendizagem, e oportunidades para sensibilizar as pessoas para a importância da informação e envolvê-las no acesso, utilização e gestão da informação (Chaves, Sequeira, Duarte & Gonçalves in Sequeira e Sampaio 2020).

A sessão foi realizada a um grupo de cuidadores formais e teve a duração de 60 minutos. A metodologia seguiu uma abordagem participativa e interativa, sendo estruturada nos seguintes momentos da Tabela 8, com base nas orientações sobre as boas práticas em literacia para a saúde (Chaves, Sequeira, Duarte & Gonçalves in Sequeira e Sampaio 2020).

Tabela 8 -Planeamento da ação de sensibilização: cuidadores formais

Fase Inicial - Abertura (10 minutos)	Apresentação e boas-vindas: Explicar brevemente os objetivos da sessão e a importância do tema para os cuidadores formais. Distribuir a lista de presença. Entregar formulários de consentimento e informar sobre a confidencialidade dos dados.
Quebra-gelo (5 minutos)	Realizar uma atividade leve e rápida. "O papel que sente", com o objetivo de tornar o ambiente mais tranquilo e demonstrar a importância da saúde mental.
Introdução ao Tema: Primeiros Socorros Emocionais e Autocuidado (15 minutos)	Apresentação do tema, Partilha de estratégias; Explorar exemplos práticos e relacionar com situações que os cuidadores podem vivenciar no seu dia-a-dia; Discussão interativa, abrir espaço para os participantes partilharem reflexões e dúvidas
Autocuidado dos Cuidadores (10 minutos)	Exercício de Autocuidado: Introduzir o tema; Partilha de várias estratégias e técnicas; Executar uma técnica com o grupo No final do exercício pedir para quem quiser partilhar como se sentiu antes, durante e após o exercício
Conclusão e Encerramento da sessão (10 minutos)	Feedback dos Participantes. Distribuir questionário de satisfação Agradecer a presença e o envolvimento dos participantes. Disponibilizar contatos e recursos adicionais (e-mail, telefone, material digital) Reforçar a importância de aplicarem os conhecimentos durante a prática.

De forma organizar e a consolidar a informação partilhada foi desenvolvido como material de apoio, plano de sessão, folheto informativo sobre a temática abordada e apresentação *Power Point* (PPT) (Apêndice 4, 5 e 6).

2.4.3. Resultados/ Avaliação da intervenção

Após a ação foi distribuído um questionário de satisfação, onde os resultados de uma forma geral identificaram a ação como bem avaliada pelos participantes (cuidadores formais). Com duração de uma hora, a ação foi destacada pela organização, conteúdo relevante e metodologia eficaz. Os participantes consideraram o desempenho do profissional excelente, especialmente na clareza das explicações e incentivo à interação. Avaliação dos materiais variou de boa a excelente, com uma satisfação geral alta, com comentários positivos sobre a interligação entre teoria e prática e sugestões para futuras formações. A sessão demonstrou impacto positivo nos cuidadores, onde foi possível transcrever alguns dos feedbacks escritos pelos participantes:

“Gostei de tudo, foi uma excelente formação”;

“A explicação do conteúdo com clareza e as atividades práticas”;

“De tudo, foi bastante interessante. A interligação entre a teoria e a prática foi muito bom.”

2.3. Conclusão e Reflexão crítica

Ao longo deste estágio, foi possível compreender que o estudo de caso foi uma excelente oportunidade para o desenvolvimento das competências do EESMP, permitindo aprofundar a tomada de consciência na relação terapêutica e compreender como as emoções e ações influenciam o processo terapêutico. Sendo possível identificar algumas delas, ao acompanhar um utente com múltiplas comorbilidades, tendo de adaptar de forma continua a intervenção as necessidades do utente, considerando o planeamento uma fase fundamental da nossa intervenção, mas foi igualmente importante tomar consciência da

importância da nossa capacidade de adaptabilidade às necessidades dinâmicas do utente.

Esta necessidade contínua de adaptabilidade, enquadra-se no Modelo de Adaptação de Callista Roy, que considera o indivíduo como um sistema adaptativo que interage com o ambiente e é influenciado por estímulos internos e externos. Este estudo de caso permitiu planear e ajustar continuamente os cuidados, promovendo a adaptação do utente, reforçando a importância de personalizar as intervenções para alcançar os melhores resultados possíveis.

Parte essencial enquanto EESMP é a sensibilidade que devemos ter ao longo de todo o processo terapêutico. No decorrer de uma avaliação inicial, foi imprescindível identificar objetivos e resultados, mas também adaptar a intervenção e os próprios objetivos às necessidades do utente, promovendo sempre que possível a autonomia dentro das limitações impostas pelas condições de saúde.

A execução de uma avaliação abrangente das necessidades de saúde mental, do utente, permitiu também identificar e planear a intervenção de forma mais adequada, considerando as condições físicas, cognitivas e emocionais do utente.

A ação de sensibilização, como uma atividade grupal veio reforçar a importância da adequação da linguagem e informação ao sendo importante o EESMP adquirir competências na comunicação, obter conhecimentos sólidos sobre a temática, organizar bem a informação que se pretende transmitir e adequar a informação à necessidade, interesse, nível sociocultural e condição de saúde da pessoa ou grupo (Sequeira e Sampaio 2020).

É importante referir que este contexto favoreceu também a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Neste âmbito, o objetivo foi desenvolver uma prática profissional pautada pela ética e pela conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia, garantindo cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No desenvolvimento das aprendizagens, o foco centrou-se no autoconhecimento e

na assertividade, baseando a prática clínica especializada em evidências científicas e integrando os domínios e competências anteriormente referidos.

Por último, mencionar que foi igualmente importante realizar a ponte da análise do tema central para a componente prática, a oportunidade colocar em campo e materializar o trabalho contínuo de análise da literatura sobre a TR foi altamente motivador neste processo de aprendizagem.

CAPÍTULO III – ESTÁGIO EM CONTEXTO DIFERENCIADO

3.1. Caracterização do contexto

O estágio no contexto diferenciado decorreu numa instituição com foco nos comportamentos aditivos e dependências, especificamente numa Equipa ET, durante o período de 21 de outubro a 20 de novembro, com um total de 70 horas.

Este instituto possui como recursos disponíveis: consultas, programas terapêuticos, redução danos, reinserção social, informação e articulação com serviços prisionais. Com o principal objetivo de prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros EESMP e Enfermeiros Especialista em Saúde Comunitária, assistente operacional, médicos psiquiatras, psicólogas, técnicas de serviço social e secretárias clínicas.

O instituto tem como máxima a cooperação de respostas integradas e da procura de soluções eficazes e eficientes para os problemas dos cidadãos e das comunidades. Numa lógica de trabalho colaborativo, respeitando a especificidade e atribuições de cada parceiro, afiguram-se como um fator facilitador na prestação de serviços públicos de qualidade e referência, onde existe uma articulação com a rede hospitalar, cuidados de saúde primários, serviços prisionais, comunidades terapêuticas, unidades de desabituação, outras equipas de tratamento e equipa de rua.

Aos CRIs compete executar as ações no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a doentes com CAD, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção desses doentes.

Os CRIs incluem Equipas Técnicas Especializadas de Prevenção, Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento, Equipas Técnicas Especializadas de Redução de Riscos e Minimização de Danos e ainda, Equipas Técnicas Especializadas de Reinserção.

Tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico, ao processo de tratamento integrado é atribuído um gestor de caso/ terapeuta de referência, responsável pelo acompanhamento global da situação do utente, a quem compete disponibilizar informação sobre as respostas existentes adequadas a avaliação global e integral da situação do utente. Nessa avaliação e no processo de acolhimento do utente foi possível identificar as seguintes etapas e intervenções inerentes ao processo:

- Avaliação do motivo do pedido e da motivação para o tratamento;
- Diagnóstico de eventuais doenças orgânica e / ou psiquiátrica, e de necessidades de cuidados específicos saúde;
- Identificação precoce e a prevenção da infeção VIH/Sida, consubstanciada através do Programa ADR – Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação;
- Rastreio de Hepatites, Doenças Sexualmente Transmissíveis,
- Identificação do Diagnóstico Social;
- Definição de um plano personalizado de tratamento.

3.2. Principais diagnósticos de enfermagem e Intervenções de Enfermagem

Este contexto reflete a complexidade das necessidades dos utentes, que partilham um diagnóstico comum relacionado com comportamento aditivo. Frequentemente, este diagnóstico é acompanhado por condições orgânicas, psiquiátricas e sociais comprometidas, reforçando a importância de diagnósticos de enfermagem em diferentes domínios. À semelhança de outros contextos, foi importante executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, designando os principais diagnósticos de enfermagem e focos de atenção identificados neste contexto:

- Comportamento aditivo;
- Comportamento agressivo;
- Adesão ao regime terapêutico;
- Memória comprometida;
- Confusão;
- Autocuidado comprometido;
- Humor depressivo;
- Ansiedade;
- Pensamento comprometido;
- Autoconceito comprometido;
- Ideação suicida;
- Sono comprometido.

No CRI a intervenção proposta, teve em consideração a janela de oportunidade de intervenção com utentes com CAD em tratamento. Foi uma intervenção analisada em conjunto com a equipa de orientação de estágio e relatório. Apesar do utente apresentar um diagnóstico relacionado com comportamento aditivo, foram identificados outros diagnósticos e no utente, sendo planeada uma intervenção psicoterapêutica, TR Simples num utente com CAD numa fase de redução de tratamento.

Como resposta à competência de Melhoria Contínua da Qualidade, requerida ao EESMP, nomeadamente no desenvolvimento de práticas de qualidade e na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, foi proposta a elaboração de um procedimento de acolhimento aos utentes e primeira consulta de enfermagem, considerando como uma ferramenta essencial para o serviço.

Seabra et al. (2021) segundo o seu estudo assume que o fenómeno do CAD representa um desafio para a sociedade atual, pelo forte impacto na qualidade de vida das pessoas em que este comportamento se torna um problema.

Os enfermeiros têm assumido parte da gestão dos programas medicamentosos, nomeadamente a administração da terapêutica agonista opiácea e/ou terapêutica para o abuso de álcool, contribuindo para a melhoria da qualidade

de vida e minimizando as consequências do consumo de substâncias. Para além disso, alguns autores referem que as intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria de um conjunto de resultados em saúde (qualidade de vida, saúde mental, consequências da dependência de substâncias, comorbilidades e redução de consumos). Nomeadamente com impacto nos estados de menor bem-estar e sofrimento (Seabra et al., 2021).

Seabra et al. (2021), evidência que o foco principal da intervenção ainda é a adesão terapêutica e a minimização dos consumos ou o autocuidado com o seu estado de saúde, mas que existem outros diagnósticos relacionados com o sofrimento psíquico, que são cada vez mais sinalizados, tal como diagnósticos ligados aos problemas sociais e económicos.

Assim, foi realizada a TR Simples num utente com comportamento aditivo, abuso de drogas, integrado num Programa de Tratamento com Agonista de Opiáceo (PTAO), com metadona, seguindo-se a justificação e enquadramento teórico para sustentar esta intervenção.

3.3. Intervenção individual: Terapia das Reminiscências Simples

Enquanto aluna do curso de mestrado ESMP em processo de aprendizagem, foi essencial refletir sobre qual a melhor intervenção psicoterapêutica para o utente. Fazendo uma análise do enquadramento teórico e identificando os domínios e diagnósticos prioritários, quer a TR Simples e a Modificação de Comportamento (MC), são intervenções igualmente adequadas ao utente em causa. No entanto e considerando a janela de oportunidade para intervir e em reflexão conjunta com professores e orientadores, a TR Simples pareceu a intervenção mais adequada para este estudo de caso, considerando o enquadramento teórico que reforça para a importância das emoções positivas na saúde mental e a assumindo a TR Simples como técnica para alcançar emoções positivas.

Esta nova perspetiva sobre a adaptabilidade da TR, nomeadamente em diferentes populações e contextos, constitui-se uma fase fundamental na minha

aprendizagem, enriquecendo e alargando o conhecimento teórico sobre o tema central, mas reforçando a importância da análise da literatura em consonância com uma prática profissional segura e responsável.

As intervenções baseadas em reminiscência demonstraram efetividade numa ampla gama de resultados, como significado de vida, autoeficácia, sintomas depressivos, bem-estar e funcionamento cognitivo, podendo ser aplicada em diferentes tipologias de utentes (sintomatologia depressiva, demência e doenças físicas crónicas) (Hallford et al., 2022).

A grande maioria dos estudos sobre intervenções baseadas em reminiscência tem envolvido grupos de adultos mais velhos. No entanto, Hallford et al. (2022) argumenta que os adultos jovens também têm a capacidade de interpretar e avaliar eventos das suas vidas como significativos e podem igualmente beneficiar de abordagens baseadas em reminiscência. Apontando para evidências de que adultos jovens recorrem à memória autobiográfica com mais frequência do que adultos mais velhos, com o propósito de continuidade da identidade e resolução de problemas. Essas utilizações adaptativas da reminiscência promovem uma diminuição nos sintomas depressivos em adultos que relatam efeitos positivos no conceito de si mesmos, no uso de recursos psicológicos, como autoeficácia e significado na vida, após breves atividades de reminiscência (Hallford et al., 2022).

3.3.1. Justificação da intervenção e relação com os domínios

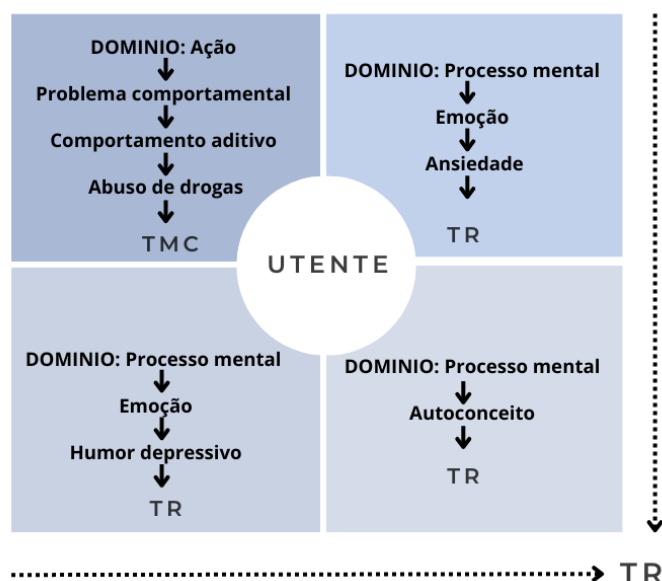
Segundo a Ontologia em Enfermagem, dentro do processo mental, foi possível identificar os seguintes Focos de Atenção/Diagnósticos, Humor depressivo, Ansiedade e Autoconceito comprometido. No domínio da ação foi também identificado o comportamento aditivo, especificamente o abuso de drogas. De forma a facilitar a compreensão segue-se a informação da Tabela 9, que correlaciona os domínios, dados, diagnósticos de enfermagem, objetivo e intervenções planeadas e executadas no estudo de caso 2.

Tabela 9 - Estudo de caso 2

Domínios	Dados	Foco de Atenção / Diagnóstico	Objetivo	Intervenções
Emoção	Características o humor: - Com indícios de humor depressivo; - Sem indícios de euforia. Manifestação de antecipação de ameaça: - Verbaliza ansiedade; - Manifesta inquietação; - Manifestação de irritabilidade; - Sem manifestação de pânico. Sentimentos de pesar: Não aplicável Aplicada a Escala de Ansiedade Hamilton, validada para a população portuguesa por Santos (2021) Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) Beck, Steer e Brown, 1996, validada para população portuguesa por Oliveira-Brochado, F. (2013)	Humor depressivo Ansiedade	Determinar evolução do humor Facilitar atividades de autocuidado Promover autocontrolo: humor (Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo) Determinar evolução da ansiedade Diminuir ansiedade Promover autocontrolo: ansiedade (Consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade, Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade, Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade)	Avaliar evolução do humor depressivo Assistir o utente a planear as atividades de autocuidado Assistir o utente a planear as atividades de vida diária Executar escuta ativa Avaliar evolução do autocontrolo do humor Avaliar evolução da ansiedade Executar técnica de relaxamento Assistir o utente no treino do autocontrolo da ansiedade Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade Executar TR
Autoconceito	Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de valorização pessoal; Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho; Revela uma opinião ou imagem mental negativa de si mesmo;	Autoconceito comprometido	Determinar evolução do autoconceito	Avaliar evolução do compromisso no autoconceito Executar TR

	Desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.			
Comportamento aditivo	Uso de álcool: ○ Sem uso de álcool Uso de tabaco: ○ Sem uso de tabaco Uso de drogas: ○ Uso regular sem disfuncionalidade Tipo de comportamento aditivo sem substâncias: ○ Não aplicável Utente em Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo - Metadona (PTAO – Metadona) desde 2020. Com tentativas anterior em 2010 e 2017.	Abuso de drogas	Promover mudança comportamental face ao abuso de drogas; Promover autocontrolo: abuso de drogas (Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo, Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas)	Referenciar para grupo de autoajuda; Avaliar evolução do autocontrolo do abuso de drogas

O modelo de enfermagem que sustenta este trabalho, reforça o sistema adaptável como ponto central da enfermagem. Callista Roy e Heather A. Andrews (1981) descreve o utente como um sistema que se adapta às mudanças. Compreender que o utente pode apresentar vários domínios que precisam de intervenção foi um ponto de viragem no meu percurso académico. Mostrando que a complexidade da saúde mental deve ser variolizada na nossa prática enquanto EESMP. Conseguir enquanto profissional, obter uma visão cada vez mais abrangente e menos linear da avaliação, valorizando a perspetiva do utente. A Figura 4, demonstra essa complexidade, tendo sido desenvolvida com base no modelo teórico de enfermagem que sustenta conceptualmente este trabalho.



Legenda: TMC- Terapia de Modificação de Comportamento; TR – Terapia de Reminiscências

Figura 4 – Demonstração dos diferentes domínios

Esta intervenção teve também em conta a análise teórica desenvolvida em seguida, onde foi aprofundado o conhecimento da TR em adultos e sobre a importância das emoções positivas na saúde mental.

O raciocínio lógico de construção deste enquadramento teórico, enfatiza a relevância das emoções positivas na promoção da saúde mental. Através da TR, que utiliza memórias positivas como recurso terapêutico, é possível fomentar emoções positivas nos indivíduos. Por sua vez, as emoções positivas, demonstram ter um impacto direto na redução de estados de ansiedade e humor depressivo, ao mesmo tempo que influenciam, de forma indireta, outros domínios, como por exemplo o comportamento aditivo.

Sobre a importância das emoções positivas na saúde mental, Garland et al. (2010) exploram como as emoções positivas podem reverter os impactos negativos associados a perturbações emocionais, com base no Modelo de Ampliar e Construir, desenvolvido pela psicóloga Barbara Fredrickson (1998), afirmando que desfrutar¹ de memórias positivas pode ser uma estratégia benéfica, uma vez que envolve a conscientização e a atenção nas emoções

1 – Tradução de “savoring” como “desfrutar”, em alternativa ao termo “saborear”, como sugerido em várias traduções.

positivas presentes e pode, potencialmente, desencadear outras estratégias para acumular ainda mais emoções positivas e outros recursos para a saúde mental (Garland et al., 2010).

Fredrickson (2001) com base na Teoria de Ampliar e Construir ("*broaden-and-build*"), desenvolvida pela autora em 1998, explica porque é que a experiência e a expressão de emoções positivas estão associadas a benefícios para a saúde mental. A autora propõe, que as emoções positivas têm uma importância evolutiva significativa, funcionam para ampliar o repertório de comportamentos e para construir recursos pessoais. Especificamente, o que parece ser uma ação comportamental difusa associada aos estados emocionais positivos é, na verdade, o resultado de um repertório comportamental ampliado. De acordo com a teoria, enquanto as emoções negativas funcionam para estreitar o foco e o comportamento com o objetivo da sobrevivência humana (ex: fugir de um predador ou lutar contra um inimigo), as emoções positivas ampliam a atenção e o comportamento com o objetivo de sobrevivência, mas também como oportunidade de aprender novas formas criativas para resolver problemas. Dessa forma, Fredrickson (2000, p. 9), sustenta que "*as emoções positivas são mais do que a ausência de emoções negativas*".

Segundo Fredrickson (1998) as emoções positivas criam maior amplitude de atenção, criatividade, flexibilidade cognitiva e repertórios comportamentais mais amplos, esta capacidade possibilita também "desfazer" os efeitos restritivos das emoções negativas.

Num estudo onde explora a relação recíproca entre emoções positivas e estratégias de *coping* mental, os autores sugerem que os indivíduos que experimentam emoções positivas, não desfrutam apenas de um bem-estar emocional, mas também constroem um arsenal de estratégias para lidar com adversidades futuras (Fredrickson & Joiner, 2002).

Moskowitz et al. (2012) numa intervenção piloto com o objetivo de aumentar as emoções positivas em indivíduos recém-diagnosticados com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), numa intervenção que ocorria uma vez por

semana, durante 5 semanas, onde os participantes escreveram sobre eventos positivos e amplificaram esses eventos, resultando num aumento das emoções positivas imediatamente após a intervenção e ao longo do período de acompanhamento de um mês.

Segundo Theses e Morris (2014) a experiência de emoções positivas proporciona benefícios na saúde mental e que, intervenções que aumentam as emoções positivas podem reduzir o risco de depressão. O estudo deste autor propôs, a TR por considerar um método de reviver e desfrutar¹ de memórias, que abrange uma variedade de tentativas automáticas ou intencionais de gerar, manter e intensificar a experiência emocional positiva (Theses & Morris, 2014).

De que forma reviver memórias positivas através da TR em Adultos, pode ser utilizado como intervenção psicoterapêutica, Bryant (2003) desenvolveu um estudo com o objetivo de investigar como é que a TR pode ajudar a reduzir sintomas depressivos em jovens adultos, utilizando memórias positivas como uma forma de intervenção cognitiva. Neste estudo concluiu que indivíduos com défices em reminiscência, podem ser ensinados a construir ativamente memórias enquanto passam por eventos positivos e, em seguida, dedicar tempo a refletir sobre esses eventos, memorizando-os de forma regular. Em vez de simplesmente reagirem aos eventos positivos quando estes ocorrem, os indivíduos podem aprender a desfrutar¹ de forma proativa, a antecipar conscientemente experiências positivas, a acentuar e a sustentar momentos prazerosos de forma consciente e a recordar deliberadamente essas experiências, de modo a reacender o prazer mesmo depois dos eventos positivos terem terminado.

Num outro estudo com adultos mais jovens, os resultados sugerem que imaginar eventos positivos do passado, pode aumentar o sentido de significado de vida, mesmo quando comparado com o exercício de imaginar eventos futuros positivos. O grupo com intervenção apresentou pontuações significativamente mais altas na escala de presença de significado de vida, através do *Meaning in Life Questionnaire*, especificamente da subescala "*Presence of Meaning in Life*" (Routledge et al., 2012).

Chen et al. (2015) num estudo onde o principal objetivo foi investigar como é que a recuperação de memórias autobiográficas positivas, poderá constituir uma estratégia eficaz para regular o humor. A pesquisa focou-se nos mecanismos neurológicos subjacentes que permitem que essas memórias ativem circuitos de recompensa no cérebro e examina porque é que esse processo pode não ocorrer da mesma maneira em pessoas deprimidas.

Concluíram que para indivíduos saudáveis, recordar memórias positivas ativa o circuito de recompensa no cérebro, especialmente o córtex pré-frontal medial e o estriado. Isso contribui para a regulação do humor e gera sentimentos de bem-estar. Comparativamente em pessoas com depressão, a ativação desse circuito de recompensa está prejudicada. Indivíduos deprimidos têm mais dificuldade em recuperar memórias positivas, esse esforço pode fazer com que essas memórias sejam percebidas como menos valiosas ou recompensadoras, o que contribui para um ciclo contínuo de emoções negativas. O estudo também concluiu que pessoas com depressão tendem a valorizar menos as memórias positivas em comparação com recompensas tangíveis (como o dinheiro), o que destaca a dificuldade em utilizar essas memórias como um mecanismo de regulação emocional. O autor assume que é essencial, que pessoas deprimidas consigam recuperar memórias positivas (por exemplo, com o apoio de outros ou por meio de técnicas de suporte à memória), porque os circuitos de recompensa disfuncionais podem inibir a capacidade de melhorar o humor (Chen et al., 2015).

Klibert et al. (2022) num estudo que explora como diferentes formas de desfrutar¹ de memórias, pode melhorar as emoções positivas após um evento de *stress*. Os autores investigaram diferentes técnicas de desfrutar¹, uma delas as reminiscências, e mediram emoções em estudantes universitários antes e após tarefas stressantes. A pesquisa destaca que, todas as técnicas tiveram efeitos, umas mais do que outras, mas todas promoveram um aumento de emoções positivas após a exposição a stresse.

É importante mencionar que este estudo de Klibert et al. (2022) vai mais além na análise de intervenções que potenciam o desfrutar¹, onde afirma que a maior parte dos estudos destacam este desfrutar¹ como um mecanismo eficaz pelo

qual os indivíduos podem gerar, manter e aumentar emoções positivas. No entanto, a maioria desses estudos examina os efeitos do desfrutar¹ no contexto de eventos positivos da vida. Segundo o autor nenhum estudo experimental analisou o vínculo causal entre o desfrutar¹ e as emoções positivas no contexto de obstáculos sociais-avaliativos o que corrobora em parte com o anteriormente descrito por Chen et al. (2015).

Klibert et al. (2022) explica que desfrutar¹ é um processo de regulação emocional através do qual os indivíduos geram, mantêm ou aumentam as emoções positivas através da apreciação consciente de diferentes experiências de vida. As pessoas podem regular as emoções positivas utilizando estratégias de desfrutar¹ associadas a três dimensões temporais diferentes:

- Refletir mentalmente sobre experiências positivas passadas (reminiscências);
- Prestar atenção conscientemente às experiências positivas no momento presente (aqui e agora);
- Contemplar experiências positivas que provavelmente ocorrerão no futuro (antecipação).

Sobre desfrutar¹ através da TR, no estudo, os participantes, atribuídos aleatoriamente à intervenção de desfrutar¹ através da reminiscência, completaram um exercício de construção de memórias, em conformidade com as práticas descritas por Klibert et al. (2022) e fundamentadas nos trabalhos de Bryant e Veroff (2007). Foram orientados da seguinte maneira:

“Procure um momento em que tenha encontrado alegria na sua vida. Gostaria que se lembrasse de uma memória em que realmente se sentiu vivo. Quando todas as lutas, ou problemas do dia-a-dia simplesmente param por alguns minutos... levando a desfrutar¹ de um momento completamente sem esforço... um momento em que sabia quem era e onde pertencia. Pode ser algo recente ou algo do passado. Tente trazer à mente apenas uma memória. Pode ser um momento muito importante ou algo muito simples, apenas lembre-se de um momento em que sentiu alegria. E tente manter-se nesse momento, apenas permitindo-se voltar àquele momento de felicidade.... Ao re-imaginar essa memória, quero que pense porque é que é uma memória importante em termos

de alegria. Recorde a memória desde o início até o fim. Reflita sobre cada pessoa, sentimento e evento que contribuiu para essa sensação de alegria. Gostaria que permanecesse nessa memória nos próximos minutos." (Klibert et al., p.5 2022)

O autor neste exercício de imaginação guiada, incentiva os participantes a refletirem sobre aspectos únicos da experiência/memória (por exemplo, forças pessoais, relações interpessoais, pensamentos), reforçando as emoções positivas. Permitindo os participantes passarem pelo menos 15 minutos nesta atividade.

Esta análise leva também a reforçar a ideia de que intervenções como a TR pode ser utilizada em colaboração com outras técnicas potenciando o efeito terapêutico, na anteriormente referida vemos um exemplo de reminiscências associada à técnica de imaginação guiada.

Avançando para outra perspectiva interessante, a ideia de utilizar memórias positivas para melhorar o humor começa a ganhar popularidade e consequentemente, tem conduzido ao desenvolvimento de programas de reminiscência sustentados, utilizando por exemplo, a internet, o *Pensieve*, é um programa que envia gatilhos por *e-mail* (por exemplo, fotografias ou palavras) destinados a despertar memórias positivas espontaneamente nos utilizadores. No fundo, o programa *Pensieve*, é uma combinação de tecnologia e reminiscências, que à data é possível entender que já é utilizado por várias redes sociais, como *Facebook* e *Instagram*. Segundo os autores, um sistema que se apoia numa modalidade de reminiscência do quotidiano, enviando por *e-mail* gatilhos de memória às pessoas, com conteúdo de redes sociais que elas próprias criaram anteriormente ou sugestões de texto sobre experiências comuns de vida, constataram que as pessoas valorizaram os lembretes espontâneos para relembrar momentos positivos passados, bem como valorizarem a capacidade de escrever sobre as suas memórias. Relatam que, mesmo quando as pessoas não respondem diretamente ao conteúdo do *e-mail*, o lembrete ainda assim as faz relembrar de algo positivo (Peessapati et al., 2010).

Para confirmar a aplicabilidade da TR em parceria com a tecnologia, Ferrario e Demiray (2024) realizaram um estudo no qual investigaram o uso da TR em conversas quotidianas de adultos jovens, analisando as suas funções por meio de métodos de “*machine learning*” e técnicas de processamento de linguagem natural. O uso de métodos de “*machine learning*” melhorou a aplicação de reminiscências em adultos jovens, dando novas abordagens para futuras intervenções na saúde digital.

Neste caso específico, tratando-se de um utente em tratamento por CAD, foi importante relacionar o impacto que todo este processo poderá ter na qualidade de vida e saúde mental do utente, analisando de forma abrangente e para além do comportamento aditivo.

Relacionado o comportamento aditivo e o domínio do processo mental (Emoção), as taxas de prevalência ao longo da vida das perturbações por uso de substâncias são estimadas em cerca de 35,3% na população geral. Quando se consideram as adições comportamentais, essas taxas aumentam consideravelmente. O comportamento aditivo e outros problemas mentais, especificamente perturbações de humor e ansiedade, tendem a ocorrer juntos, possivelmente porque o uso de substâncias pode induzir perturbações mentais ou porque pode ser uma estratégia de automedicação (Sancho et al., 2018).

Estes quadros ansiosos apresentam taxas de comorbidade significativas nos adultos. No entanto, é importante notar que as taxas não diferem significativamente dos padrões de comorbidade observados noutros diagnósticos, como depressão, bipolaridade, entre outros (Lieb et al., 2005).

Segundo Sancho et al. (2018) os comportamentos aditivos estão frequentemente associados a défices de regulação emocional. A desregulação emocional observada nas adições é descrita não apenas como um fator de manutenção para o uso contínuo, mas também como um fator de risco precoce. O autor considera que as características inerentes à regulação emocional, representam um constructo de muita importância nas adições, afirmando que uma das

limitações atuais dos tratamentos é não abordarem a (des)regulação emocional, sugerindo ser necessário estudar outras terapias com esse objetivo.

Neste seguimento Stone (2023) menciona as Intervenções Psicológicas Positivas (PPIs) como alternativa às intervenções tradicionais no âmbito do abuso de drogas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Dentro das intervenções que o autor menciona as que apresentam maior potencial parecem ser as intervenções de desfrutar¹, através da capacidade de desfrutar¹ e refletir sobre momentos ou memórias agradáveis. Considerando uma das principais vantagens, o aumento do bem-estar e da qualidade de vida, sem se concentrar diretamente no alívio dos sintomas ou na abstinência. Assumindo que uma abordagem mais positiva pode incentivar a participação em tratamentos, permitindo que os utentes se sintam menos sobrecarregados por emoções negativas e estigma. Este tipo de intervenções pode ser mais eficazes pelo seu *design* simples e breve. Utes em tratamento por abuso de substâncias, podem não estar interessados em atividades longas e complexas, especialmente se apresentarem efeitos secundários da medicação ou sintomas de abstinência. A atenção e a motivação para se envolverem nos tratamentos com os profissionais pode estar altamente comprometida (Stone, 2023).

Vários programas têm vindo a destacar a TR como intervenção com potencial de ser aplicada de diferentes formas, e em diferentes faixas etárias, reforçando o facto de ser facilmente compreendida e uma estratégia que facilmente poderá ser incorporada na rotina do dia-a-dia (Peasapati et al., 2010).

Segundo Sampaio et al. (2023) a TR não se trata de uma intervenção exclusiva para as pessoas idosas. Esta técnica tem vindo a ser aplicada num variado número de contextos e em muitos grupos-alvo, tais como residentes da comunidade com sintomatologia depressiva, pessoas idosas institucionalizadas, bem como nos familiares e auxiliares, veteranos de guerra, e em pessoas com perturbação de *stress* pós-traumático.

Os comportamentos aditivos são considerados em muitos países uma emergência de saúde pública, pela baixa procura das pessoas ao tratamento e

pelas taxas de abstinência permanecerem baixas. O conceito de redução de danos surgiu como uma alternativa mais flexível aos tratamentos baseados na abstinência, focando na diminuição das consequências negativas do uso, como por exemplo, evitar o consumo antes do trabalho. No entanto, mesmo com a abordagem de redução de danos, poucos conseguem alcançar a remissão de sintomas ao longo da vida, independentemente da abstinência (Stone, 2023).

A perspectiva de que há mais nas pessoas, sem serem apenas utentes assintomáticos ou abstinentes, é fundamental (Stone, 2023). Enquanto EESMP em processo de aprendizagem foi essencial adotar uma visão mais humaniza neste contexto, planeado uma intervenção sustentada, mas que simultaneamente desse resposta às verdadeiras necessidades do utente, sendo a intervenção de TR a selecionada.

3.3.2. Planeamento da intervenção

A escolha das temáticas das diferentes sessões foi realizada com base nas orientações da TR Simples. Tal como já exposto no capítulo anterior e segundo Sampaio et al. (2023), a TR é composta por um número variado de sessões, sendo que o número das sessões está dependente da resposta do participante e da vontade de continuar. As sessões deverão ter uma frequência semanal e decorrer por um período prolongado. A condução das sessões deverá atender às histórias de vida e identidade própria do utente (Sampaio et al., 2023). As temáticas das sessões tiveram por base esta orientação sendo previamente identificados junto do utente, de forma a irem ao encontro dos interesses significativos e positivos (Figura 5).



Figura 5 – Temáticas: TR Simples no adulto

Na sessão 1, com recurso à música, o utente selecionou previamente músicas que marcaram a sua juventude, conseguindo descrever detalhadamente a fase da vida associada a cada uma delas. Enquanto profissional e elemento facilitador da intervenção, foi importante destacar as memórias positivas dessa etapa, explorando também possíveis estratégias que o utente utilizava naquela época e que estaria disposto a reintegrar no presente. Especificamente, este utente identificou a arte como uma área de especial interesse, que marcou a sua juventude, mostrando-se disposto a retomar o contato com atividades como desenho e pintura, que acabaram por se concretizar.

Na sessão 2, foi abordado um tema de grande impacto na vida do utente, com o auxílio de uma fotografia de seu primeiro animal de estimação. Este recurso permitiu que o utente revivesse a fase da vida em que o evento ocorreu, sendo possível reforçar as emoções positivas que experienciou. Durante a sessão, foi capaz de identificar e analisar essas emoções, compreendendo como o reviver de memórias e emoções positivas pode influenciar positivamente, nomeadamente o humor.

A sessão 3, foi associada a escrita à TR. Segundo Chippendale e Bear-Lehman (2012) o ato de escrever sobre eventos de vida pode trazer benefícios terapêuticos. A escrita terapêutica, é uma forma de terapia expressiva que utiliza o ato de escrever e processar a palavra escrita, que pode ser utilizada de várias formas diferentes. Podendo adotar uma expressão escrita de eventos

específicos e ou autobiográfica, onde os benefícios terapêuticos da expressão emocional através da escrita, tanto em adultos saudáveis quanto em adultos com doenças crónicas. Assim, o utente teve a oportunidade de escrever sobre uma conquista importante, levando o utente a reviver uma memória positiva, com impacto no humor, reforçando com a escrita, leitura e reflexão sobre o que escreveu. Este exercício acabou por levar o utente, de forma espontânea, a utilizar frases positivas que tinha escrito como estratégia no seu dia-a-dia, dando o exemplo concreto de que escreveu várias frases em post-its e colava em casa e no carro, para ler sempre que sentisse necessidade.

Ao longo de toda a intervenção foi utilizada em colaboração com TR Simples a sub-modalidade de TR Positivas, pelo facto de todo o enquadramento teórico apontar para os benefícios no desfrutar de memórias positivas. O planeamento cumpriu com as orientações já anteriormente mencionadas (Figura 6). É possível consultar o cronograma completo no Apêndice 7.



Figura 6 – Cronograma: TR Simples no adulto

3.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos

Neste estudo de caso, o utente caracteriza-se como um individuo do sexo masculino, com 50 anos de idade, com ensino secundário completo e várias formações na área de programação informática, solteiro e sem filhos, a residir em casa da mãe, com pouca vida social e relata uma relação difícil com irmão. Profissionalmente é treinador de cães, área da qual gosta bastante. Desconhece alergias medicamentosas, com diagnóstico de hepatite C (tratada em 2017 com

sucesso), HIV+ por partilha de material (desde 2005), vitiligo com descoloração cutânea nas mãos e lábios, cirurgia a hérnias na coluna em 2016.

História de abuso de drogas: Iniciou o consumo regular de drogas desde que regressou da tropa, fez parte das forças especiais dos paraquedistas, quando tinha 17/18 anos, fez missão em Timor onde segundo o mesmo cit. *“vi muita coisa”*. Nessa altura tinha uma namorada, mas com o ingresso na tropa o relacionamento terminou. Manteve consumo maioritariamente de cocaína e heroína durante 12 anos. Segundo o utente, associa as questões de ansiedade e autocontrolo, como principal motivo de consumo cit. *“A sensação de bem-estar momentânea”*.

História de tentativa de cessação anterior: Iniciou o acompanhamento na equipa de tratamento em 2010 com terapia de substituição com metadona até 2017. Em 2020 com consumos ativos de heroína e cocaína, em outubro de 2020 assina contrato terapêutico: Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo – Metadona (PTAO) com 45mg metadona. Em 2021, durante a pandemia Covid19 manteve adesão ao tratamento com metadona e manteve-se abstinente. Em abril de 2021, pai morre de doença prolongada (Cancro da próstata), segundo o mesmo cit. *“tivemos tempo para nos despedir e perdoar”*. Em abril 2022, volta a ter consumos de cocaína e heroína até junho 2022 com nova tentativa de tratamento. Em janeiro 2023, termina ensino secundário e inicia novos projetos como treinador de cães. Mantendo-se estabilizado e abstinente até abril de 2024, com consumos pontuais apenas de cocaína. Em maio de 2024, abstinente, mas admite desejo de consumir. Em outubro de 2024, estabilizado ainda com consumos pontuais, em fase de redução de tratamento de substituição, motivado para a mudança inicia TR Simples com EESMP. Segue-se a Tabela 10, com os dados recolhidos neste estudo de caso.

Tabela 10 – Dados recolhidos: TR no adulto

25/10

Escala de Ansiedade Hamilton, validada para a população portuguesa por Santos (2021) Total de 11 pontos, o utente enquadra-se numa categoria de **ansiedade leve**. Embora algumas subcategorias, como o humor ansioso e o humor depressivo, sejam identificados no nível 3 ou seja, graves.

1)Humor ansioso - pontuação 3 (grave), 2)tensão - pontuação 1 (ligeira), 3)Medos - pontuação 0 (ausente), 4)Insónia - pontuação 0 (ausente), 5)Nível intelectual/ cognitivo - pontuação 0 (ausente), 6)Humor depressivo - pontuação 3 (grave), 7)Nível somático muscular - pontuação 2 (moderado) 8)Nível somático sensorial - pontuação 0 (ausente), 9)sintomas cardio vasculares - pontuação 0 (ausente), 10)sintomas respiratórios - pontuação 0 (ausente), 11)sintomas gastrointestinais - pontuação 1 (ligeira), 12)Sintomas Geniturinários - Pontuação 0 (ausente), 13)Sintomas Autonómicos - Pontuação 0 (ausente) e 14) Comportamento na Entrevista - Pontuação 1 (ligeira)

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), validada para população português por Oliveira-Brochado, F. (2013), o utente apresenta-se com **sintomatologia moderada, com total de 24.**

Tristeza – sinto-me sempre triste; Pessimismo – Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que antes; **Fracassos passados – Fracassei mais vezes do que deveria;** Perda de prazer – Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar; **Sentimentos de culpa – Não me sinto particularmente culpado;** **Sentimentos de punição – não sinto que esteja a ser castigado;** **Auto depreciação – Eu não gosto de mim;** Auto criticismo – Critico-me mais do que costumava; Pensamentos ou desejos suicidas – Não tenho qualquer ideia de me matar; Choro – Não choro mais do que costumava; Agitação – Estou tão agitado que é difícil parar quieto; Perda de interesse – Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas atividades; **Indecisão – Tomo decisões como sempre fiz;** Sentimentos de inutilidade – Não me considero incapaz/inútil; Perda de energia – Sinto me com menos energia do que o habitual; Alterações no padrão de sono – Não notei qualquer mudança n meu sono; **Irritabilidade – Estou irritável o tempo todo**

Alterações no apetite – O meu apetite é muito maior do que o normal; **Dificuldade de concentração – Não me consigo concentrar tão bem como antes;** Cansaço e fadiga – Canso-me mais facilmente que o costume; **Perda de interesse sexual – Sinto-me menos interessado sexualmente do que o costume**

19/11

Escala de Ansiedade Hamilton, validada para a população portuguesa por Santos (2021) Total de 6 pontos, o utente enquadra-se numa categoria de **ansiedade leve**. Com diminuição na subcategoria, do humor depressivo, de moderado para ligeiro (3 para 1).

1)Humor ansioso - pontuação 3 (grave), 2)tensão - pontuação 1 (ligeira), 3)Medos - pontuação 0 (ausente), 4)Insónia - pontuação 0 (ausente), 5)Nível intelectual/ cognitivo - pontuação 1 (ligeiro), 6)Humor depressivo - pontuação 1 (ligeiro), 7)Nível somático muscular - pontuação 0 (ausente), 8)Nível somático sensorial - pontuação 0 (ausente), 9)sintomas cardio vasculares - pontuação 0 (ausente), 10)sintomas respiratórios - pontuação 0 (ausente), 11)sintomas gastrointestinais - pontuação 0 (ausente), 12)Sintomas Geniturinários - Pontuação 0 (ausente), 13)Sintomas Autonómicos - Pontuação 0 (ausente) e 14) Comportamento na Entrevista - Pontuação 0 (ausente)

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), validada para população português por Oliveira-Brochado, F. (2013), o utente apresenta-se com **sintomatologia leve, com total de 18 valores.**

Tristeza – sinto-me triste muitas vezes; Pessimismo – Não me sinto desencorajado em relação ao futuro; **Fracassos passados – Não me considero um falhado;** Perda de prazer – Eu não gosto tanto das coisas como costumava; **Sentimentos de culpa – sinto-me bastante culpado a maioria das vezes;** **Sentimentos de punição – Sinto que posso vir a ser castigado;** **Auto depreciação – Estou despondado comigo mesmo;** Auto criticismo – Critico-me mais do que costumava; Pensamentos ou desejos suicidas – Não tenho qualquer ideia de me matar; Choro – Não choro mais do que costumava; Agitação – Estou tão agitado que tenho de me manter a fazer algo; Perda de interesse – Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas atividades; **Indecisão – Acho mais difícil tomar decisões do que antigamente;** Sentimentos de inutilidade – Não me considero incapaz/inútil; Perda de energia – Sinto me com menos energia do que o habitual; Alterações no padrão de sono – Não notei qualquer mudança n meu sono; **Irritabilidade – Estou mais irritável do que o habitual;** Alterações no apetite –Anseio por comida o tempo todo; **Dificuldade de concentração – Concentro-me tão bem como antes;** Cansaço e fadiga – Canso-me mais facilmente que o costume; **Perda de interesse sexual – Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.**

3.3.4. Resultados/ Avaliação da intervenção

Após uma análise detalhada do enquadramento teórico e de forma a dar resposta aos domínios considerados mais prioritários, verificou-se que a intervenção psicoterapêutica centrada na Ansiedade e Humor poderia trazer mais benefícios ao utente. A TR tem vindo a ter cada vez mais estudos que apontam para um impacto positivo no humor e ansiedade, mais especificamente através de memórias positivas.

Foram recolhidos dados através da utilização da Escala de Ansiedade Hamilton e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), onde segundo os valores o utente apresentava um nível de ansiedade leve e sintomatologia depressiva num nível moderado, justificando a realização da intervenção direcionada para as questões emocionais, assumindo que a área emocional pode potenciar o comportamento.

Na escala de ansiedade o utente, passa de um valor de 11 antes da intervenção para um valor de 6 depois da intervenção, ainda que se tenha mantido com nível de ansiedade leve é de mencionar que uma das subcategorias que demonstra melhoria é o humor depressivo. Na avaliação da sintomatologia depressiva, o utente passa de um valor de 24 de sintomatologia depressiva moderada antes da intervenção, para um valor de 18 de sintomatologia leve, onde é possível compreender melhorias em categorias como o pessimismo, fracassos e irritabilidade, da mesma forma que demonstra uma ligeira regressão em categorias como sentimentos de culpa e punição, possivelmente pela maior consciência sobre o seu problema.

Foi possível por observação ter a percepção de que o utente, ao longo da intervenção foi adotando as estratégias aprendidas e “resgatadas” de memórias positivas. Tendo sido dos principais impactos positivos obtidos, o facto do utente ao longo da intervenção manter as estratégias aprendidas de forma regular no seu dia-a-dia. Para além disso, o utente no intervalo das sessões procurar pela primeira vez a equipa do CRI de forma autónoma, quando sentiu necessidade.

A avaliação do processo envolveu a análise contínua da adesão do utente às sessões, a sua motivação e participação ativa ao longo da intervenção. Na sessão final foi aplicado um questionário de conhecimento e de satisfação ao utente. Fazendo a interpretação do questionário de satisfação, o utente considerou em termos de organização, conteúdo, desempenho e disponibilidade a intervenção como satisfatória, realçando como alto o nível de confiança e segurança que sentiu ao longo das sessões. O utente considerou também uma significativa melhoria relativamente ao seu bem-estar emocional e ainda identificou como muito úteis as estratégias identificadas, conseguindo mencionar algumas delas. Apontando como pontos de melhoria as condições físicas (sala e atendimento) e a duração da intervenção. Destacou o interesse dos profissionais de saúde em ajudar neste processo terapêutico e que através da sua experiência positiva, recomendaria esta intervenção a outras pessoas.

3.4. Ação de melhoria contínua da qualidade: Elaboração e Apresentação de Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem

3.4.1. Enquadramento na prática de EESMP

Na dinâmica das ET, os enfermeiros consideram parte essencial dos cuidados prestados, as consultas de acolhimento ao utente, podendo estas terem impacto positivo e facilitador no tratamento do utente. Assim pareceu pertinente analisar a fundamentação sobre a Consulta de Enfermagem, do parecer do conselho de enfermagem nº 53/2021 da OE (2020), adaptando algumas definições para o contexto em questão. O mesmo considera que a consulta de enfermagem deve assentar em orientações internacionais e nacionais, que visam as boas práticas e que se encontram plasmadas em documentos emitidos por diversas entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Administração Central do Sistema de Saúde e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Salientando ainda o seguinte, o enfermeiro é responsável pela realização da consulta de enfermagem, recorrendo a metodologia científica, processo de

enfermagem, do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, consequente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique. Como tal, tem por base a avaliação efetuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção de enfermagem (OE, 2020).

A consulta de enfermagem visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida. A criação de consulta de enfermagem, sendo da responsabilidade do enfermeiro, requer que toda a equipa esteja envolvida e, assim, motivada e disponível (OE, 2020).

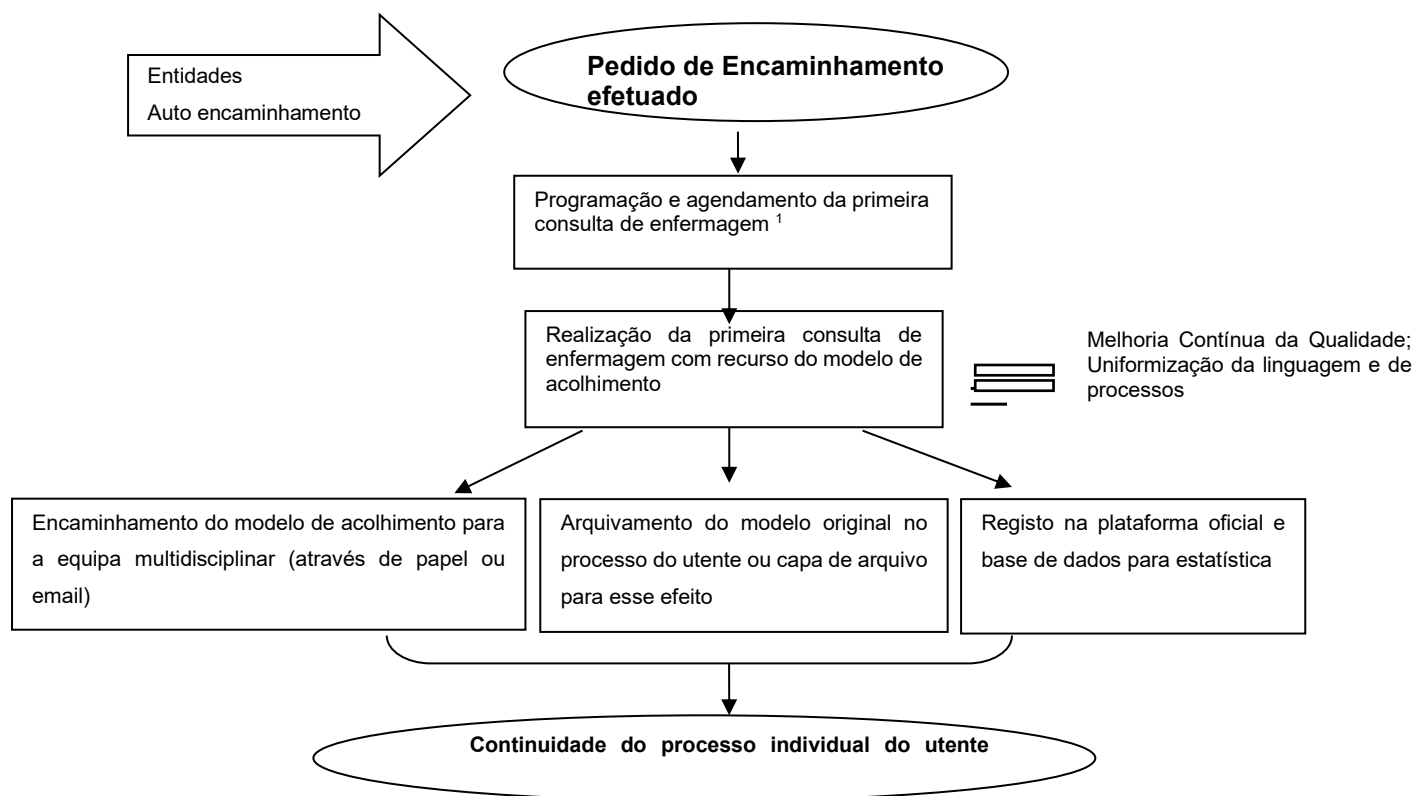
Na perspetiva das competências comuns e específicas, este procedimento poderá enquadrar-se numa melhoria contínua da qualidade e na gestão de cuidados, de forma a dinamizar o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas, com o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e também na gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação.

Este procedimento aplica-se no âmbito do processo de acolhimento de utentes em contexto de Consulta de Enfermagem nas Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas (CRI-ET), com o objetivo de padronizar e orientar os enfermeiros envolvidos. Servindo com documento orientador para garantir a uniformidade na prestação de cuidados durante o acolhimento, assegurando que as intervenções estejam alinhadas com as boas práticas, promovendo uma abordagem integrada e centrada no utente.

Com o principal objetivo de uniformizar procedimentos relativos ao processo e acolhimento do utente, nomeadamente na primeira consulta de enfermagem. O

documento pode contribuir também, para uma melhoria contínua da qualidade do serviço, desde a sua primeira consulta até o seguimento pela equipa multidisciplinar, dando a oportunidade de no futuro utilizarem esta ferramenta de enfermagem e partilhar com outras ET.

O documento adota a linguagem da Ontologia de enfermagem de forma a introduzir na prática clínica da equipa. Depois de elaborado, foi analisado pela equipa de enfermagem e construído com base nas suas necessidades em campo. Segue-se na Figura 7, o Fluxograma de operacionalização inerente ao procedimento (Apêndice 8).



1 – A disponibilidade agendamento é da autonomia das equipas e devem ser adaptadas de acordo com as necessidades de cada CRI nos diferentes concelhos.

Figura 7 – Fluxograma de operacionalização do procedimento de acolhimento

3.5. Conclusão e Reflexão crítica

Este contexto de estágio proporcionou uma experiência enriquecedora, permitindo aplicar e desenvolver competências específicas do EESMP. A abordagem centrada no utente, sustentada por práticas baseadas em evidências e conduzida em articulação com uma equipa multidisciplinar, revelou-se essencial para responder às complexas necessidades dos utentes com comportamentos aditivos. Dentro das intervenções executadas, destaco a relevância da TR como intervenção psicoterapêutica, promovendo melhorias significativas no humor depressivo, ansiedade e autoconceito do utente. Tendo sido uma intervenção que promoveu a envolvimento e interesse da própria equipa de enfermagem.

A aplicação de intervenções psicoterapêuticas, está diretamente alinhada com a competência de prestar cuidados psicoterapêuticos, promovendo a saúde mental e a recuperação do utente. Para além disso, a implementação de planos de cuidados individualizados, baseados em diagnósticos de enfermagem, demonstra o cumprimento das competências de avaliação global e planeamento de intervenções em saúde mental, essenciais para assegurar uma resposta centrada nas necessidades do utente. A utilização de memórias positivas como recurso, promoveu a reabilitação psicossocial, aumentando a autonomia, a funcionalidade e o bem-estar do utente.

Tendo tido a oportunidade de desenvolver um procedimento, considero que potenciou a capacidade de dinamizar iniciativas estratégicas, promovendo a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados.

CAPÍTULO IV – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

4.1. Caracterização do contexto

O estágio no contexto de internamento decorreu numa Instituição Psiquiátrica de uma Unidade Local de Saúde (ULS), num Serviço de Psiquiatria de Agudos, durante o período de 26 de novembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025, com um total de 125 horas.

O Departamento de Saúde Mental da ULS é constituído por Serviços Locais de Saúde Mental que dão resposta aos diferentes concelhos. Dos quais, o serviço de internamento de agudos onde foi realizado o estágio. Este serviço é constituído por uma equipa de enfermagem com profissionais de saúde, nomeadamente EESMP. A equipa multidisciplinar conta com médicos psiquiátricos, assistentes sociais e assistentes operacionais. Este serviço integra também uma equipa comunitária com EESMP, que dá resposta a 130 utentes e apoia sempre que necessário o serviço de internamento.

Este serviço disponibiliza 26 camas na sua totalidade, está dividido fisicamente em três alas, uma ala de utentes dependentes, e duas alas de utentes divididos por géneros, uma sala de refeição, uma sala de convívio, uma sala de atividades, uma zona de exterior, uma sala de reuniões, uma sala de enfermagem e dois gabinetes de apoio para atendimento individual. A unidade disponibiliza uma sala de atividades com materiais didáticos para os utentes requisitarem. O espaço funciona de acordo com um horário definido, incluindo atividades como exercício físico, terapia ocupacional e sessões planeadas pelos profissionais de saúde.

4.2. Principais diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem

Neste estágio foi possível observar que as patologias com mais incidência à data são as PNC, Perturbações do Desenvolvimento Intelectual e Perturbações do Espectro da Esquizofrenia (PEE) e Outras Perturbações Psicóticas. A equipa, para além dos cuidados e intervenções inerentes aos utentes internados,

disponibiliza aos utentes e cuidadores um programa de Psicoeducação dinamizado por uma médica Psiquiatra e uma ESSMP.

Tal como noutros contextos, tornou-se essencial realizar uma avaliação das necessidades de saúde mental, identificando os principais diagnósticos de enfermagem e os focos de atenção relevantes neste âmbito:

- Comportamento agressivo;
- Adesão ao regime terapêutico;
- Memória comprometida;
- Confusão;
- Autocuidado comprometido;
- Humor depressivo;
- Ansiedade;
- Pensamento comprometido;
- Autoconceito comprometido;
- Alucinação;
- Delírio;
- Ideação suicida;
- Sono comprometido.

O serviço de internamento contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas de EESMP, permitindo uma maior compreensão dos processos de transição das pessoas com doença psiquiátrica e das diferentes fases da doença. Destacando as competências específicas do EESMP, considero que foi essencial o desenvolvimento de competências direcionadas para uma fase aguda de doença, promovendo a reabilitação psicossocial. Com o objetivo de maximizar a autonomia e funcionalidade do utente, familiar, profissional e social, através do reforço das suas competências individuais.

No exercício da minha função como enfermeira na comunidade, é importante destacar o trabalho realizado em colaboração com a equipa comunitária, sendo uma fase essencial no processo de tratamento dos utentes. Como estudante, ao acompanhar as intervenções focadas nos processos de transição saúde-doença,

desenvolvi competências na prevenção de crises e recaídas, no apoio psicossocial, na disponibilização de uma rede de apoio e recursos, apoiar a reintegração dos utentes na comunidade. Numa lógica de promoção da autonomia e da qualidade de vida para uma reintegração eficaz e segura, foi altamente motivador e enriquecedor para o processo de aprendizagem.

Considerando o parágrafo anterior e em análise conjunta com a equipa orientadora no serviço de internamento, a intervenção implementada foi o Programa *Recovery* num utente com doença mental grave.

4.3. Intervenção individual: Programa *Recovery*

Ao refletir sobre o processo e enfermagem nomeadamente sobre as intervenções psicoterapêuticas mais adequadas aos utentes em contexto de internamento, considerando os focos de atenção previamente descritos e através da análise do enquadramento teórico, o programa de *recovery* revelou-se uma oportunidade para aprofundar conhecimentos. Esta experiência não só permitiu a consolidação de aprendizagens e desenvolvimento de competências, como também mostrou-se relevante para a aplicação prática no âmbito da atividade profissional na comunidade, enquanto futura EEESMP.

Segundo Macedo et al. (2019) o processo de transição de um internamento prolongado para a comunidade é o momento ideal para promover o conhecimento de estratégias para prevenção de problemas, devendo ser realizada de forma gradual. O autor identifica a hospitalização e os internamentos como necessários em casos de agudização e identificação primária de doença, que estes serviços sejam utilizados apenas quando se apresentarem indispensáveis.

A palavra *recovery*, foi primeiramente utilizada por pessoas com doença mental que se encontravam a viver na comunidade e que visionavam alcançar os mesmos direitos e deveres que a restante população (Macedo et al., 2019).

É possível definir dois tipos de significado (clínico e pessoal) para *recovery*:

- A noção de recuperação clínica surge da experiência dos profissionais de saúde mental e preconiza o tratamento de sintomas, o restabelecer o funcionamento social e outros modos de recuperar a normalidade;
- A recuperação pessoal é uma noção que surgiu da vivência das pessoas que experienciam a doença mental e significa algo diferente da recuperação clínica; (Macedo, 2019).

O papel dos profissionais de saúde passa pelo acompanhamento ao utente, dando um suporte e apoio, não vivendo o *recovery* pela pessoa com doença mental. Os profissionais de saúde podem funcionar como meios facilitadores de todo o processo (Macedo et al., 2019). Segundo Boardman e Shepherd (2012) falar do sucesso do *recovery* é falar de três conceitos chave: esperança, controlo e oportunidade.

4.3.1. Justificação da intervenção

De acordo com a Ontologia em Enfermagem, no âmbito do processo mental, foram identificados para o estudo de caso em questão como focos de atenção/diagnósticos principais: autoconceito comprometido e no domínio da emoção a ansiedade, no domínio do pensamento e percepção foram identificados o delírio e alucinação. Ainda inerente ao estudo de caso foi identificado o comportamento aditivo no domínio da ação, não sendo o foco principal da intervenção. A intervenção delineada está orientada para alcançar metas específicas no que diz respeito ao processo de recuperação, adesão ao tratamento e a gestão da doença, tendo sido um desafio enquadrá-lo na plataforma e4nursing. Para facilitar a compreensão deste processo, apresenta-se a Tabela 11 que estabelece a correlação entre os domínios, os dados, diagnósticos de enfermagem, os objetivos e as intervenções.

Tabela 11 - Estudo de caso 3

Domínios	Dados	Foco de Atenção / Diagnóstico	Objetivo	Intervenções
Autoconceito	Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal; Revela pensamentos negativos sobre si (incluindo aparência física) e/ou sobre o seu desempenho; Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo; Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas Aplicado Inventário Clínico de Autoconceito, (Vaz-Serra, 1985) (Carneiro, 2010).	Autoconceito comprometido	Determinar evolução do autoconceito	Avaliar evolução do compromisso no autoconceito Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito Executar Programa de <i>Recovery</i> , adaptado por Oliveira (2021)
Percepção	Sem verbalização de percepção sensorial sem estímulo associado (Sem alucinação visual, auditiva, olfativa, gustativa ou tátil)	Alucinação Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão da alucinação Potencial para melhorar consciencialização o da relação entre o ambiente e a alucinação Potencial para melhorar consciencialização o da relação entre a medicação e a alucinação Potencial para melhorar consciencialização o da relação entre o sono e a alucinação Potencial para melhorar consciencialização o da relação entre o abuso de substâncias e a alucinação Potencial para melhorar	Determinar evolução de sinais de alucinação Promover autocontrolo: alucinação	Avaliar evolução de sinais de alucinação Avaliar evolução do autocontrolo sobre a alucinação Ensinar sobre gestão da alucinação; contraturalizar com o utente experiência indutora da consciencialização; analisar com o utente a relação entre ambiente/medicação/ sono/ abuso de substâncias/ ocupação e regime medicamentoso e alucinação Avaliar evolução do autocontrolo sobre a alucinação Executar Programa de <i>Recovery</i> , adaptado por Oliveira, (2021)

		consciencialização da relação entre ocupação e alucinação Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso		
Emoção	Características do humor: ○ Sem indícios de humor depressivo; ○ Sem indícios de euforia. Manifestação de antecipação de ameaça: ○ Verbaliza ansiedade; ○ Manifestação de inquietação; ○ Manifestação de irritabilidade; ○ Sem manifestação de pânico. Sentimentos de pesar: (não aplicável) Aplicado Inventário de Depressão de Beck II, (Oliveira-Brochado, F., 2013); Escala de Ansiedade de Hamilton, (Santos, 2021).	Ansiedade	Determinar evolução da ansiedade Diminuir ansiedade	Avaliar evolução da ansiedade Executar técnica de relaxamento Executar Programa de <i>Recovery</i>, adaptado por Oliveira, (2021):
Pensamento	Organização do pensamento (Conteúdo, forma e curso): ○ Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados; Pensamentos obsessivos: ○ Sem dificuldade para resistir ou controlar pensamentos obsessivos Manifestações de ideação suicida:	Delírio Especificação do conteúdo do delírio: Ideação delirante de teor persecutório	Determinar evolução do delírio Promover autocontrolo: delírio	Avaliar evolução do delírio Ensinar sobre gestão do delírio Contratualizar com o utente experiência indutora da consciencialização Analisar com o utente a relação entre ambiente/medicação/ sono/ abuso de substâncias/ ocupação/ regime medicamentoso e delírio Avaliar evolução do autocontrolo do delírio Executar Programa de <i>Recovery</i>, adaptado por Oliveira, (2021)

	○ Sem indícios de ideação suicida Relato com conteúdo implausível: ○ Sem relato com conteúdo implausível			
Comportamento aditivo	Uso de álcool: ○ Uso regular que causa disfuncionalidade Uso de tabaco: ○ Uso regular sem disfuncionalidade Tipo de comportamento aditivo sem substâncias: ○ Jogo patológico Aplicada Escala SOCRATES 8D, validada por Janeiro e Faísca (2015)	Abuso do álcool Abuso do tabaco Comportamento aditivo sem substâncias	Promover mudança comportamental face ao abuso do álcool Promover mudança comportamental face ao comportamento aditivo sem substâncias	Executar técnica de entrevista motivacional Referenciar para integração na Comunidade Terapêutica

O enquadramento conceptual entre os domínios e a PEE foi fundamental para compreender a complexidade desta patologia, bem como para justificar e orientar a intervenção de forma eficaz e individualizada. Esta abordagem permite identificar prioridades nos cuidados de enfermagem, tais como o reforço da adesão terapêutica, a promoção da interação social e o desenvolvimento de estratégias que estimulem a autonomia do utente. Além disso, o enquadramento conceptual realizado em seguida, facilitou a seleção de intervenções específicas, baseadas em evidência científica, para responder de forma sustentada às necessidades do utente. O programa identificado é o utilizado no serviço onde foi realizado o estágio tendo sido adaptado por Oliveira (2021).

A PEE é definida no Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-5, como uma perturbação mental que afeta os pensamentos, emoções e comportamento, que leva a um grande sofrimento psíquico e impacto negativo na qualidade de vida do utente (APA, 2013). Caracteriza-se por sintomas como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado

ou catatônico e sintomas negativos, tais como embotamento afetivo, alolia ou avolição sendo que, pelo menos dois destes sintomas devem estar presentes durante um mês, devendo excluir-se perturbações de humor ou esquizoafetivas, bem como perturbações relacionadas com substâncias ou estados físicos gerais (APA, 2013). Segundo Guths e Sausen (2024) os dados da OMS apontam para cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo têm diagnóstico de uma PEE.

Percorremos um longo caminho até à compreensão atual da PEE, um paradigma de doença mental grave, sendo uma perturbação multidimensional pelas complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, que determinam a evolução e grau de funcionalidade. O mesmo não pode ser dito relativamente ao tratamento que, na prática clínica, se mantém assente em intervenções maioritariamente farmacológicas, com foco no controlo sintomático, não contemplando a heterogeneidade funcional e individual de cada utente, resultando na revalidação da pessoa com PEE como uma das patologias psiquiátricas mais impactantes em termos de incapacidade a nível global (Amorim & Passos, 2024).

Fica claro que a PEE representa um desafio significativo para a qualidade de vida do utente. A OMS define qualidade de vida, como a perceção que os sujeitos têm acerca da sua posição na vida em relação à inserção em diferentes contextos e ainda, em relação aos seus objetivos, padrões, expetativas e preocupações. É assim, um conceito assente em vários domínios, que abrange a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e fatores ambientais (Sousa et al., 2017).

Utentes com PEE que vivem na comunidade, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais (relacionadas, por exemplo, aos seus sintomas), que tornam a permanência em tratamento especializado quase sempre uma necessidade constante. Estes utentes estão, também, submetidos a diversas formas de preconceito e têm de enfrentar o estigma associado à PEE. Contudo, utente com PEE, têm recursos pessoais limitados (competências sociais e cognitivas restritas) e ambientais (pobreza e ausência de empregos adequados, por exemplo). Esses fatores podem contribuir para as

dificuldades que estes utentes têm em usufruir de uma qualidade de vida adequada (Sousa et al., 2017).

As consequências da estigmatização para o utente são a perda da autoestima, a perda da dignidade, os sentimentos de desesperança, o afastamento das relações sociais, a perda da cidadania e de seus direitos, diminuindo as possibilidades de ressocialização, uma vez que, na visão da sociedade, estes indivíduos fogem das normas sociais (Oliveira et al., 2012).

No caso da doença mental, por exemplo, trabalhar e ter autonomia torna-se mais desafiador, pelo facto destes utentes terem maior dificuldade para lidar com situações frustrantes, gerir o medo de errar, contribuindo também para a dificuldade de viver de forma autónoma (Oliveira et al., 2012).

A maioria destes indivíduos não casam ou têm contatos sociais limitados fora do seu meio familiar. O nível de funcionamento numa ou mais áreas principais, como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado, está significativamente abaixo do nível previamente atingido ou, quando tem início na adolescência, não se atinge o nível esperado de funcionamento interpessoal, académico ou ocupacional (Sousa et al., 2017).

Oliveira et al. (2012) num estudo com o objetivo de compreender melhor a realidade de viver com o diagnóstico de PEE, realizou entrevistas com dez utentes com diagnóstico de PEE internados. Ao longo do seu trabalho mostra que neste grupo de utentes, aqueles que tinham algum tipo de trabalho e consequentemente uma fonte de rendimento, apresentavam melhor qualidade de vida, comparados com aqueles que não trabalhavam. Mesmo que em alguns utentes, o trabalho possa ser uma fonte de *stress* e pressão.

Apesar das dificuldades inerentes ao diagnóstico de PEE, é fundamental valorizar as atividades que o indivíduo ainda consegue realizar, sendo uma delas o autocuidado. Desde a capacidade de gerir o tratamento, as relações sociais e familiares estabelecidas, bem como ter alguma autonomia no ambiente em que vive, no fundo, ser capaz de cuidar de si mesmo nos diferentes aspetos da sua

vida. O importante é fazê-los sentir ativos na construção de suas próprias histórias (Oliveira et al., 2012).

O suporte social são fatores determinantes para a redução do impacto de perturbações como a PEE. Indivíduos com PEE apresentam uma rede social menor do que as pessoas sem historial de doença mental, verificando-se ainda que as redes de suporte nos utentes com PEE tendem a ser reduzidas e constituídas apenas por familiares (Sousa et al., 2017).

O suporte social aumenta a capacidade dos indivíduos se adaptarem e fazer frente aos acontecimentos stressantes da vida diária, assim, os indivíduos com PEE que possuem relações sociais de apoio, relatam melhores condições de vida, menor sintomatologia e menos internamentos do que indivíduos que carecem desse apoio (Sousa et al., 2017).

A falta de competências emocionais e sociais são uma das principais barreiras para estes utentes conseguirem estabelecer e manter relações entre pares, podendo ter impacto no alargamento da sua rede de suporte, da mesma forma que estas dificuldades proporcionam menor qualidade de vida e levam ao isolamento social (Sousa et al., 2017).

Os Programas de *Recovery* na pessoa com PEE pode constituir-se como uma intervenção fundamental, é importante que os profissionais de saúde, não estejam presentes somente nos cuidados durante a fase aguda da doença, mas que também atendam às necessidades do utente e da família, com o objetivo de potenciar o conhecimento sobre a doença. A partir da compreensão da doença, pode haver uma melhoria na qualidade de vida, tanto do portador de PEE como na dos seus familiares. Uma das estratégias de melhorar a compreensão sobre a doença, consequentemente aceitação e autogestão da doença, passa por promover a literacia em saúde, facilitando a compreensão da doença, a adesão ao regime terapêutico e a capacitação para a autogestão da doença. A transmissão de conhecimentos sobre a sintomatologia, etiologia, opções terapêuticas e estratégias de adaptação à vida contribui para a aceitação do diagnóstico e para a promoção da autonomia do utente (Oliveira et al., 2012).

A psicoeducação sobre a doença mental grave, tendo como alvo o utente e a sua rede de apoio é essencial, para que compreendam o que é a doença, quais sintomas ou alterações que podem vivenciar, orientando para estratégias a utilizar no quotidiano, como por exemplo saber identificar e compreende os fatores stressores, ressignificando a experiência psicótica, dando a oportunidade de aprender e treinar novas formas de lidar com a doença, promovendo a autonomia do utente e a eficácia do tratamento (Guths & Sausen, 2024).

Assim, as atividades psicoeducativas assumem especial importância no processo de *recovery* e promoção da reinserção na comunidade. Os enfermeiros poderão incluir, no seu plano de ação, intervenções centradas na ótica do *recovery*, apoiando a tomada de decisão, transmissão de esperança de que é possível controlar a própria vida, com um discurso aberto e disponível (Oliveira, 2021).

Nesta lógica de pensamento, um Programa de *Recovery* poderá ser considerado uma ferramenta onde possamos promover a recuperação e reintegração de um utente com doença mental, uma vez que integra sessões estruturadas onde são abordados os temas identificados ao longo deste enquadramento conceptual, como potenciais áreas de melhoria na qualidade de vida do utente e família.

Parte deste processo de aprendizagem foi analisar o conceito *recovery*, Baccari et al. (2015), identifica como:

“a return to a normal state of health, mind or strength”; “the action or process of regaining possession or control of something stolen or lost”; “In recovery: in the process of recovering from mental illness, drug addiction, or past abuse” (Baccari et al., 2015).

Traduzindo, é o retorno ao estado normal de saúde, mental ou física; ação ou processo de restabelecer posse ou controlo de algo roubado ou perdido; *In recovery*: em processo de restabelecimento de doença mental, dependência química ou abuso de drogas (Baccari et al., 2015).

Para Amorim e Passos (2024) *recovery* define-se como um constructo multidimensional, que integra, além da dimensão clínica, uma dimensão

funcional, pessoal, social e subjetiva. O autor designa o *recovery*, como um processo pessoal de se estabelecer como indivíduo, com um papel ativo na comunidade, com objetivos e expectativas relativamente ao futuro, e a si próprio. Isso não significa a restituição do funcionamento pré-mórbido, mas a aquisição de novos recursos pessoais que capacitem estes indivíduos para a participação plena na comunidade e nos seus cuidados de saúde, tendo em conta implicações impostas pela condição da doença, que inevitavelmente passa a fazer parte de si.

A reintegração de indivíduos diagnosticados com PEE na sociedade representa um desafio, agravado pelo estigma associado à sua condição. Para além de ter de gerir os sintomas clínicos, estes indivíduos são confrontados com os rótulos negativos e os equívocos que a sociedade associa à PEE. Infelizmente, devido à falta de compreensão, perpetuando estereótipos negativos, como por exemplo, assumirem que são pouco inteligentes e perigosos (Silva e Penacci, 2024).

Para este estudo de caso específico e por apresentar um histórico de consumo de substâncias, foi importante correlacionar a PEE e o comportamento aditivo. Segundo Pereira e Girotto (2023), um episódio de psicose ocasionado por uma substância, independente de qual seja, pode levar a um aumento do risco de desenvolver uma morbilidade psiquiátrica.

Vários estudos recentes têm demonstrado a associação entre o uso da canábis e a PEE e outros quadros psicóticos. Têm demonstrado também que utentes diagnosticados com perturbações psicóticas, incluindo a PEE, tendem a utilizar mais este tipo de substâncias do que a população geral. Este uso é frequentemente associado ao aumento no número de recaídas dos sintomas psicóticos e com um funcionamento psicossocial mais pobre (Mariano et al., 2022).

A literatura realça um dado interessante, a relação entre o uso de substâncias psicoativas e o desenvolvimento de sintomas psicóticos, em virtude da liberalização para o uso da canábis em diversos lugares do mundo. Em alguns países, demonstrou-se que após a abertura da venda de canábis em lojas

recreativas o aumento de episódios de emergências por psicose foi maior em comparação com regiões que não tiveram abertura destas lojas, deixando evidente que há uma associação positiva entre aumento de psicose com o aumento do consumo deste tipo de substâncias (Pereira e Giroto, 2023).

Utentes com diagnóstico de PEE, são mais vulneráveis não somente ao uso da canábis, mas de outras substâncias. Em média, o número de utentes com PEE, com consumo atual de canábis é de 16% e em média 27% já tiveram algum tipo de consumo ao longo da vida (Pereira & Giroto, 2023).

4.3.2. Planeamento da intervenção

Cada Programa de *Recovery* é organizado de acordo com os resultados da avaliação inicial e tendo em conta as necessidades que mais carecem de intervenção no utente. Depois de identificadas as dimensões são definidas as intervenções para cada dimensão através de instrumentos preconizados pelo documento orientador utilizado pelo serviço (Tabela 12).

Tendo em consideração o tempo limitado do módulo II, é importante mencionar que todos os momentos deverão ser aproveitados para construir o plano terapêutico individualizado, sendo o contexto de internamento privilegiado para o início desta ação, após a estabilização da sintomatologia psicótica.

O programa de intervenção adotado para o estudo de caso, foi o Programa de *Recovery* elaborado por Oliveira (2021). Tendo sido feita algumas adaptações, impostas pela curta janela temporal para realizar toda a intervenção, sem desvirtuar o programa ou prejudicar o utente. Esta readaptação do programa segundo Oliveira (2021) é uma abordagem diferencial junto da pessoa com PEE, procurando aplicar estratégias que foram ao encontro da melhor evidência científica.

Tabela 12 – Programa de *Recovery*

Crítérios de inclusão	• Utente com diagnóstico de doença mental; • Com motivação e disposto a recuperar;
Crítérios de exclusão	• Utentes com problemas de adição ativos; • Utentes com demência ou debilidade mental
Objetivos	• Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso; • Promover autogestão do regime medicamentoso; • Assegurar continuidade de cuidados.
Avaliação Inicial	• Entrevista Clínica; • Questionário Sociodemográfico e Clínico; • Aplicar questionários e instrumentos de avaliação para identificar diagnósticos de enfermagem; • Identificar os domínios mais prioritários; • Planear a intervenção considerando a génese do programa que preconiza a recuperação pessoal; • Obter o consentimento do utente
Intervenção	• Implementação do Programa de <i>Recovery</i> • Cada programa organizado de acordo com os resultados da avaliação inicial e tendo em conta a priorização das necessidades que mais carecem de intervenção. Depois de identificadas as dimensões, são definidas as intervenções para cada dimensão, o guia orientador disponibiliza a estrutura das sessões; • Dentro dos Domínios é possível trabalhar, a experiência da pessoa, os objetivos de <i>recovery</i>, compreender e capacitar para recuperar, intervir com as pessoas que constituem o suporte social, estratégias de <i>recovery</i>, o estigma no <i>recovery</i>, hábitos e Rotinas, a pessoa e a Comunidade, a pessoa e a Interação Social e o plano de Prevenção de Recaídas
Avaliação Final	• Entrevista Clínica; • Questionário Sociodemográfico e Clínico; • Aplicar questionários e instrumentos de avaliação para identificar diagnósticos de enfermagem • Questionário de satisfação
Macedo, et al. (2019)., adaptado por Oliveira (2021)	

Os instrumentos utilizados são os propostos pelo programa adotado, assim foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico, adaptação do Programa *Recovery* (Oliveira, 2021); Sócrates 8D, (Janeiro & Faísca, 2015); Inventário Clínico de Autoconceito, (Carneiro, 2010); Escala de Auto-estima de Rosenberg (Romano et al., 2007) ou (Quintão et al., 2011); Inventário de Depressão de Beck II, (Oliveira-Brochado, 2013); Escala de Ansiedade de Hamilton (Santos, 2021).

O Programa é estruturado, tendo sido realizado conforme a Figura 8 configurando-se com as seguintes sessões e temas:

1. Perceção da pessoa face à doença;
2. Integração do conceito de *recovery*
3. Objetivos de *recovery*

4. Envolvimento da família
5. Capacitar para recuperar
6. Resolução de problemas
7. Estigma e *recovery*
8. Modelo de Vulnerabilidade-Stress
9. Hábitos e rotinas
10. Pessoa e interação social
11. Plano de prevenção de recaídas



Figura 8 – Cronograma: Programa de Recovery

Ao longo da intervenção foi possível colocar em prática várias técnicas (Figura 9) nomeadamente de comunicação, assumindo que neste contexto específico a comunicação tem um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade (vulnerável pela situação de saúde/doença) alvo de atenção e de cuidados, na medida em que a comunicação é um contexto no qual se desenvolve a relação e é, ou pode ser, uma ação terapêutica *per se* ou complementar à ação terapêutica de outra intervenção (Sequeira e Sampaio, 2020).

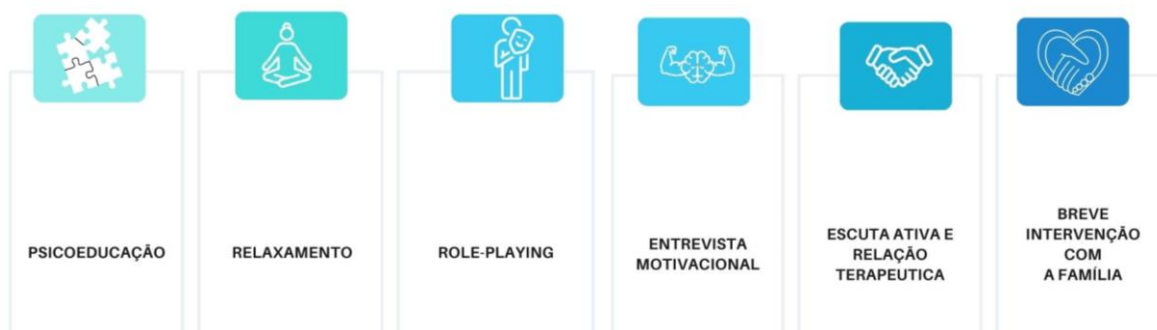


Figura 9 – Intervenções e técnicas inerentes ao Programa Recovery

4.3.3. Estudo de caso e dados recolhidos

Neste estudo de caso, específico o utente sexo masculino com 31 anos (DN: 8/7/1993) apresenta um diagnóstico médico de PEE seguido em consulta externa, com internamento voluntário a 31/10/2024 por recusa de medicação, com ideação delirante de teor persecutório. Solteiro e sem filhos, reside com a mãe, tem uma irmã mais velha, pai faleceu em 2009. Ao longo da Entrevista Clínica, utente calmo, colaborante e adequado, humor neutro, sem ideação auto ou heterolesiva, sem presença de delírio ou alucinação. O utente tem crítica parcial para o seu problema; Sem alterações de padrão de sono; vígil e orientado em todas as referências e discurso lógico. Proposto para acompanhamento em CRI, uma vez que a quando do internamento o utente estaria com uma não adesão ao regime terapêutico, em consequência de consumos pontuais de substâncias psicoativas (Canábis), álcool e comportamentos aditivos sem substância (jogo patológico), o que levou à sua recaída.

A Tabela 13 sintetiza os resultados obtidos pelas escalas aplicadas na sessão 0 e na sessão final, de forma a permitir comparar resultados antes e depois da intervenção. Reforçando o facto de que as escalas utilizadas são os recomendados pelo programa utilizado.

Tabela 13 – Dados recolhidos: Programa Recovery

29\11	19\12
Sócrates 8D – O utente encontra-se entre a fase de contemplação e preparação. Reconhecimento = 30 (Consciente do problema) Ambivalência = 21 (Com conflitos internos) Ação/Tomada de decisão = 21 (Comprometimento para agir, mas não em pleno)	Sócrates 8D – O utente aproximou-se mais da fase de preparação, considerando a melhoria na ação/tomada de decisão Reconhecimento = 33 (Mais consciência e percepção sobre o problema e que impactos tem na sua vida) Ambivalência = 21 (Mantem os conflitos internos) Ação/Tomada de decisão = 22 (Com ligeiro aumento, melhoria na intenção para a mudança)
Inventário Clínico de Autoconceito - Total de 72 valores , correspondente a um nível médio de Auto-Conceito, com pontuação mais baixa nos itens 3; 4; 8 e 18. Correspondendo ao hábito de desistir das tarefas perante dificuldades, no contacto com o outro não ser falador, não ter o hábito de enfrentar e resolver os problemas, não conseguindo resolver os problemas sem o auxílio dos outros.	Inventário Clínico de Autoconceito – Total de 77 valores , correspondendo a nível médio de Auto-Conceito. Apesar de se manter num nível médio existem itens com uma ligeira melhoria (3;8;9;10;14 e 16) . Com apenas um item com uma ligeira piora (19). Analisando entende-se que o hábito de desistir das tarefas quando encontra problemas, a capacidade de resolver e enfrentar os problemas, considerar-se uma pessoa bem aceite pelos outros, colocar uma ideia válida em prática, considerar-se competente no que faz e que a maneira de ser leva o

	utente a sentir a vida com razoável bem-estar, foram os itens que melhoraram. Apresentando o gosto de se sair sempre bem nas coisas faz ligeiramente pior.
Escala de Auto-estima de Rosenberg – Total de 24 valores , nível de auto-estima médio	Escala de Auto-estima de Rosenberg - Total de 25 valores , nível de auto-estima médio Com uma melhoria em itens quer positivos quer negativos, relacionados com sentimentos de orgulho, inutilidade, sentir que é um falhado e respeito próprio.
Inventário de Depressão de Beck II – Total de 12 valores , com sintomatologia depressiva mínima.	Inventário de Depressão de Beck II - Total de 12 valores , com sintomatologia depressiva mínima. Com melhoria nos itens que correspondem a sentimentos de culpa, auto depreciação e agitação.
Escala de Ansiedade de Hamilton – Total de 8 valores , nível de ansiedade baixo ou nulo.	Escala de Ansiedade de Hamilton - Total de 6 valores , nível de ansiedade baixo ou nulo. Analisando as diferentes dimensões, na ansiedade psíquica ocorreu uma melhoria (3,4 e 6) e ligeira piora na ansiedade somática (8 e 12)

4.3.4. Resultados/Avaliação da intervenção

A intervenção revelou-se adequada às necessidades do utente, evidenciada não apenas pelos resultados obtidos, mas também pela sua expressão verbal e segundo a avaliação dos profissionais de saúde do serviço. Ao longo do processo, foi perceptível uma evolução significativa no discurso do utente, refletindo uma maior adesão ao seu processo de tratamento, incluindo a aceitação da integração em comunidade terapêutica. Tendo sido possível observar uma mudança na forma como o utente passou a encarar a adesão ao regime medicamentoso e os impactos que os consumos pontuais têm no seu estado de saúde. Este trabalho de consciencialização foi possível graças à adaptação da intervenção ao nível cognitivo e funcional do utente, garantindo uma abordagem individualizada e eficaz. Num exercício de reflexão, o utente afirmou cit. *"Para mim, recuperar é ter uma vida social ativa, conseguir superar os problemas do passado e ter uma rotina que me permita viver de forma autónoma. Também acho importante recuperar a confiança em mim mesmo."*

Os resultados indicam uma evolução positiva no processo de recuperação do utente, com progressos em várias áreas fundamentais. Segundo a Sócrates 8D, verificou-se um avanço na fase de mudança, com maior aproximação à fase de preparação, evidenciado pelo aumento da pontuação no reconhecimento,

demonstrando maior consciência sobre o problema e os seus impactos, bem como uma ligeira melhoria na Ação/Tomada de decisão, indicando intenção de mudança ainda em consolidação. No âmbito do Autoconceito, observou-se progresso em itens relacionados com a capacidade de enfrentar problemas, aceitação pelos outros e bem-estar. Verificou-se também uma melhoria em sentimentos de orgulho, respeito próprio e menor sensação de inutilidade. Em síntese, a intervenção foi eficaz em promover consciencialização, melhorar o autoconceito e diminuição no nível de ansiedade.

Na sessão final, houve a oportunidade para a aplicação de um questionário de satisfação ao utente, que segundo o mesmo, considerou a intervenção em termos de organização de conteúdo e desempenho do profissional, especificamente sobre a importância dos conteúdos, dos meios utilizados, da comunicação estabelecida com o profissional, da compreensão, apoio e da relação terapêutica muito satisfeito. O mesmo sente que houve uma melhoria emocional e que as estratégias adquiridas foram muito úteis para o seu processo de recuperação, destacando as estratégias como o que mais gostou ao longo da intervenção. Relativamente ao ambiente e disponibilidade, menciona que o espaço físico podia ser melhorado e a duração das sessões mencionou como adequada. Mencionou ainda, que o aumento de conhecimentos sobre a sua rede de suporte foi uma aprendizagem muito importante e que recomendaria esta intervenção a outras pessoas.

4.4 Intervenção de Grupo: Partilha de Estudos de Caso que utilizam a TR

A partilha de estudos de caso com outros profissionais de saúde, nomeadamente EESMP, revelou-se uma estratégia que para além de motivar outros profissionais a realizá-la também promover a disseminação das intervenções psicoterapêuticas. A TR, como tema central deste trabalho, e pelos seus reconhecidos benefícios foi mote para esta fase de aprendizagem. A partilha de experiências reais, através de uma apresentação de dois estudos de casos, teve como principal objetivo demonstrar o impacto da TR na saúde mental dos utentes

em diferentes contextos. É de valorizar a sensibilidade e disponibilidade para fomentar o desenvolvimento profissional contínuo, promovendo a troca de conhecimentos, uma experiência que foi bilateral neste contexto específico e altamente recompensadora.

4.4.1. Planeamento da intervenção

O planeamento da apresentação foi estruturado em conjunto com os orientadores do campo de estágio, tendo em conta a disponibilidade dos profissionais, o planeamento sofreu algumas alterações, e por motivos organizacionais da própria instituição, não foi possível realizar a apresentação presencialmente, tendo sido realizada a partilha à distância. Foi desenvolvida uma apresentação onde inclui um enquadramento teórico sobre a TR, a sua importância, aplicabilidade e resultados, continuando com a descrição dos casos e os resultados obtidos. Tendo sido elaborada uma apresentação (Apêndice 9) com a seguinte organização:

1. Apresentação da TR como intervenção;
2. Contextualização dos Estudos de Caso: apresentação de dois estudos de caso representativos da aplicação da TR, com perfis distintos para demonstrar a versatilidade em que pode ser utilizada;
3. Reflexão em conjunto de que forma esta e outras intervenções psicoterapêuticas poderá ser implementada;
4. Exemplo de exercício de TR: através de imaginação guiada, os profissionais foram desafiados a revisitarem um momento feliz da sua infância.

4.5. Conclusão e reflexão crítica

Como enfermeira a desempenhar funções na comunidade, ter a oportunidade de aprender sobre o conceito *recovery* e ter contacto com um programa adaptado foi particularmente importante, uma vez que coloca o foco sobre a reabilitação psicossocial como forma de intervenção. Sendo um dos objetivos terapêuticos o sentido de pertença e participação nos contextos comunitários, constituindo eles

próprios recursos e oportunidades de integração e autonomização do doente (Amorim & Passos, 2024). Demonstrando o quão necessário é a reestruturação dos serviços e respostas em saúde mental, para um modelo cada vez mais comunitário.

Associado a esta intervenção especificamente realçou-se a oportunidade de colocar em prática várias técnicas de comunicação e outras intervenções/técnicas inerentes ao Programa de *Recovery* como sejam as técnicas de relaxamento, *role-playing*, entrevista motivacional, psicoeducação, intervenção com a família, considerando este percurso altamente enriquecedor. Foi importante desenvolver e consolidar as competências comunicacionais, de forma que, como futura EESMP, atue com cada vez mais perícia e segurança.

Ao comparar esta intervenção com a dos contextos de estágio anteriores, este processo individual destaca-se como positivo o facto de a intervenção ter sido mais prolongada no tempo e ser composta por um maior número de sessões, o que permitiu também entender todo o processo do estabelecimento da relação terapêutica. Da mesma forma que as últimas sessões foram importantes para preparar o utente para o término da intervenção, sensibilizando para as diferentes fases de uma relação terapêutica, considerando todas elas essências para o sucesso da intervenção.

A intervenção através de um Programa de *Recovery*, com vista à recuperação clínica e pessoal do utente, realça um dos conceitos-chaves inerentes ao Modelo de Adaptação de Roy. Permitiu compreender a importância do nível de adaptação, que segundo Roy e Andrews (1981) preconiza como um ponto de mudança, representando a capacidade da pessoa para responder positivamente numa determinada situação.

Ao longo deste contexto foi possível compreender a importância do profissional de saúde, nomeadamente o EESMP, neste tipo de intervenção, sensibilizando para o facto de não podermos ver o utente simplesmente como “uma dificuldade”, devendo valorizar a necessidade de adaptação na vida dos familiares e cuidadores, mas também perceber a complexidade que a PEE

representa na vida do utente, e no quanto esta problemática pode interferir e modificar a vida destas pessoas (Sousa et al., 2017).

Importa refletir sobre a prática enquanto EESMP, porque segundo alguns autores para além da necessária reestruturação dos serviços e escassez de recursos, a estigmatização e postura dos profissionais envolvidos constituem, talvez, uma das principais barreiras ao *recovery*. É imprescindível que estes, mais do que o próprio utente, valorizem e maximizem o seu potencial, contrariando a visão focada apenas nos défices. A promessa de que “a saúde do meu utente será a minha primeira preocupação” e o dever de oferecer o melhor tratamento, devem orientar a prática diária. No caso da pessoa com PEE, implica abandonar o modelo biomédico e a resignação com o controlo sintomático, e oferecer mais cuidados centrados nas necessidades das pessoas que potenciem a sua adaptação às diferentes fases do processo de saúde-doença (Amorim & Passos, 2024).

CAPÍTULO V – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

De forma a correlacionar as reflexões críticas realizadas durante este trabalho, com as competências desenvolvidas no âmbito do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, foi elaborada a Tabela 14. Esta demonstra como as atividades práticas realizadas e as reflexões contribuíram diretamente para a aquisição e consolidação de competências específicas e comuns, alinhadas com o regulamento n.º 515/2018.

Tabela 14 - Correlação entre Reflexões e Competências Específicas EESMP

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018	
Competência	
1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	
Unidade competência	
F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	
Reflexão e Atividades	
O autoconhecimento, enquanto profissional de enfermagem, foi essencial neste percurso. A constante necessidade de adaptação às necessidades específicas dos utentes e grupos, exigiu flexibilidade, empatia e capacidade de análise crítica pessoal sobre o envolvimento emocional. A reflexão sobre a prática nos três contextos, permitiu identificar como as próprias emoções, enquanto enfermeira, influenciavam a intervenção e o comportamento do utente. Os desafios encontrados não foram considerados meros obstáculos, mas sim como oportunidades de crescimento, tanto a nível profissional como pessoal. Desafios esses que permitiram consolidar competências fundamentais, como por exemplo, na construção e término das relações terapêuticas. Este processo, exigiu, empatia na criação do vínculo e responsabilidade no término. Reflete a importância da humanização dos cuidados, um dos pilares da prática do EESMP, atuar com respeito pela dignidade e pelos direitos dos utentes, promovendo o seu bem-estar e a sua recuperação (OE, 2018). O processo de aprendizagem foi enriquecido pelo diálogo contínuo com orientadores e professores, tendo sido importante a partilha dos desafios enfrentados ao longo do percurso.	
Competência	
2— Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	
Unidade competência	
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.	
Reflexão e Atividades	
Ao longo dos três contextos, foram realizadas avaliações abrangentes das necessidades em saúde mental, considerando as dimensões pessoais, familiares e comunitárias dos utentes. Este processo permitiu identificar os principais diagnósticos e necessidades em saúde mental, fundamentando as intervenções realizadas. As abordagens foram estruturadas com base nesta análise inicial, utilizando a entrevista clínica. Através desta interação, foi possível recolher informações, para compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem. Estes dados são fundamentais para a prescrição de intervenções individualizadas e personalizadas, em função do problema/contexto e, por conseguinte, com uma maior taxa de efetividade potencial (Sequeira e Sampaio, 2020). Para assegurar a validade das avaliações, foram utilizados instrumentos validados e essenciais para orientar as intervenções de forma a responder adequadamente às necessidades identificadas. Para além de identificar as necessidades dos utentes, permitiu identificar as necessidades da família e comunidades. Assim as intervenções	

responderam às questões individuais, também consideraram os fatores de risco e proteção presentes nos sistemas familiares e sociais.

A capacidade de avaliar estas dimensões reforça a prática centrada no utente e na promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, tendo sido enriquecedor ter contacto com diferentes contextos e acompanhar utentes em diferentes fases ciclo de vida.

Unidade competência

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.

Reflexão

Através do relatório e dos estudos de caso inseridos na plataforma e4nursing, foi possível caracterizar e avaliar os utentes, com base na Ontologia. Reforçando o papel do enfermeiro na promoção de cuidados integrados e centrados no utente, garantindo uma abordagem personalizada que respeite as especificidades de cada utente.

Foi também avaliado o impacto das problemáticas de saúde mental na autonomia dos utentes, avaliando a adesão às estratégias terapêuticas propostas e na capacidade de manter essas práticas no quotidiano. Por exemplo a TR no contexto diferenciado, permitiu "resgatar" capacidades internas e potenciá-las de forma a que utente desse continuidade a sua utilização após a intervenção.

Unidade competência

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

Reflexão

Na ação de sensibilização dirigida a cuidadores formais, realizada em contexto comunitário, foi implementado uma metodologia dinâmica e participativa com o objetivo de capacitar os cuidadores sobre a promoção da saúde mental. A adaptação dos conteúdos às necessidades previamente identificadas foi fundamental, interligando a teoria e prática para uma intervenção eficaz. Foram disponibilizados materiais de apoio, permitindo consolidar conhecimentos e aplicar as estratégias partilhadas.

No âmbito do Programa *Recovery*, a coordenação das intervenções, o uso de técnicas participativas e medidas de suporte específicas, foram determinantes para promover a autonomia do utente. A abordagem personalizada e adaptada à realidade do utente reforçou o impacto positivo do programa.

Este percurso profissional consolidou a capacidade de trabalhar de forma colaborativa com equipas multidisciplinares, um fator essencial para o sucesso das intervenções. A articulação entre profissionais e recursos é crucial na promoção da saúde mental e na integração dos utentes em contextos comunitários e institucionais. O enfermeiro especialista assume um papel facilitador, que contribui para a qualidade dos cuidados e para a construção de ambientes promotores de saúde mental.

Competência

3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Unidade competência

F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

Reflexão

Em todos os contextos, foi realizada uma avaliação detalhada das necessidades específicas dos utentes, identificando domínios e diagnósticos de enfermagem em saúde mental, e estabelecendo objetivos. A análise teórica sobre a saúde mental e outras patologias foi fundamental ao longo deste percurso. Este exercício analítico, permitiu direcionar as intervenções de forma eficaz, considerando as interações entre a saúde mental e as condições físicas ou sociais dos utentes, este trabalho está descrito ao longo deste relatório.

De salientar novamente a competência para integrar dados observacionais e instrumentos validados no diagnóstico de saúde mental, permitindo monitorizar e acompanhar a evolução dos utentes ao longo das intervenções.

Unidade competência

F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental

Reflexão

Durante as intervenções realizadas nos diferentes contextos, foram definidos indicadores e objetivos em saúde mental, permitindo uma avaliação do impacto das intervenções. Para monitorizar a eficácia das estratégias e intervenções, foram utilizadas grelhas de avaliação, questionários de satisfação e escalas validadas, o que assegurou uma análise sistemática e fundamentada. Estas ferramentas permitiram não apenas avaliar os progressos dos utentes, mas também orientar o desenvolvimento de intervenções adaptadas às necessidades identificadas. Com práticas baseadas em resultados e com uma avaliação contínua da efetividade das mesmas.

A integração de questionários de satisfação ao longo deste percurso também foi uma excelente forma de realizar uma análise reflexiva sobre a minha prática profissional.

Unidade competência

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

Reflexão

Em todos os contextos, as intervenções foram planejadas, com a definição de objetivos claros e a utilização de ferramentas organizativas, como cronogramas, para estruturar e gerir o processo de forma eficiente. O cronograma revelou-se uma ferramenta fundamental para garantir a organização das atividades e a sua execução conforme o planeado. Sempre que necessário, foram efetuados ajustes no planeamento para se adequar às disponibilidades e necessidades dos utentes ou da comunidade, sem comprometer os resultados.

A implementação de um programa de saúde mental, como o Programa *Recovery*, foi uma experiência particularmente enriquecedora, destacando a importância de respeitar a estrutura original do mesmo, de forma a garantir a efetividade da intervenção.

Esta tomada de consciência sobre a importância do planeamento estruturado, foi indispensável para a implementação eficaz das intervenções. A par do compromisso profissional, em garantir que as intervenções fossem realizadas conforme o planeado, respeitando os objetivos estabelecidos e adaptando às circunstâncias, sempre que necessário. O planeamento das intervenções, associado à flexibilidade necessária para responder às especificidades de cada contexto, foi um fator determinante para o sucesso das intervenções realizadas, mas também para o crescimento profissional.

Unidade competência

F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Reflexão

Em todos os contextos, os planos de cuidados foram elaborados de forma individualizada, com base nos diagnósticos de enfermagem identificados. Estes planos foram ajustados com base na avaliação das respostas dos utentes ao longo das intervenções, permitindo uma abordagem adaptativa às suas necessidades.

Dado um exemplo, no contexto de internamento, as intervenções foram particularmente direcionadas para a gestão da doença, nomeadamente na adesão ao regime medicamentoso e terapêutico, garantindo sempre a segurança para realização da intervenção. Para além disso, estes planos tiveram como objetivo promover a autonomia e a funcionalidade do utente, integrando estratégias não de apenas para a estabilidade clínica, mas também para a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social e familiar.

A prática reforçou a necessidade para as equipas serem dotadas de EESMP, tendo estes profissionais mais sensibilidade para as necessidades específicas na área da saúde mental, nomeadamente para cuidados que não abordem as limitações, mas que potenciem as capacidades dos utentes, diminuindo o impacto negativo que a doença tem na qualidade de vida do utente.

Unidade competência

F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

Reflexão

Em todos os contextos foi utilizada a metodologia de gestão de caso, com recurso a plataforma e4nursing, com base na Ontologia.

No contexto comunitário, a adaptação da intervenção às condições específicas de um utente com mobilidade reduzida para uma abordagem no domicílio, garantiu o acesso aos cuidados de saúde. Ao disponibilizar uma intervenção domiciliária, permitiu que o utente beneficiasse de cuidados, ultrapassando as barreiras de acesso, demonstrando que a flexibilidade e capacidade de adaptação, tem impacto, na inclusão do utente.

No contexto diferenciado, a metodologia de gestão de caso centrou-se na continuidade do suporte ao utente após a intervenção. Foram fornecidas informações detalhadas sobre os recursos disponíveis, empoderando e promovendo a autonomia do utente na gestão da sua saúde mental.

No internamento, a implementação do Programa *Recovery* foi complementada pelo envolvimento ativo do utente e família. A articulação entre a equipa de internamento e os serviços comunitários foi essencial para garantir a continuidade dos cuidados, contribuindo para a reintegração do utente na sociedade.

Enquanto EESMP, a implementação da metodologia de gestão de caso nos três contextos consolidou os diferentes aspetos inerentes a esta competência, sendo crucial para garantir que os cuidados fossem adequados, acessíveis e ajustados às realidades dos utentes nos diferentes contextos. Além disso, destacou a importância da articulação entre diferentes níveis de cuidados e serviços, assumindo o EESMP como um elemento facilitador na coordenação entre utentes, famílias e recursos disponíveis.

Competência

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

Unidade competência

F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental

Reflexão

No contexto comunitário as intervenções foram adaptadas ao nível cognitivo, considerando a capacidade de aprender e aplicar novas estratégias de quem estava a intervir. Por exemplo, na ação de sensibilização para cuidadores formais,

a para além de promover o tema da saúde mental através de uma apresentação dinâmica, foi também uma excelente oportunidade de partilha entre os cuidadores. No contexto diferenciado, ao avaliar o utente de forma abrangente foram acauteladas áreas como a sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e o impacto que estas tinham no utente. Da mesma forma a TR foi identificada como uma alternativa terapêutica eficaz. No internamento, o Programa de <i>Recovery</i>, envolve não só o utente, mas também a família, para explicar os desafios da doença e incentivar a participação como rede de suporte, com vista a reintegração do utente na comunidade de forma segura e funcional.
Unidade competência
F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio-terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.
Reflexão
Durante todo o estágio, foi possível realizar intervenções psicoterapêuticas bem estruturadas e adaptadas, que permitiram obter resultados apresentados ao longo do relatório. Acrescendo a possibilidade de combinar outras técnicas, considerando necessidades emocionais e sociais, demonstrando que as próprias intervenções também elas são complexas, dando respostas de diferentes formas aos utentes.
Unidade competência
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.
Reflexão
Dando o exemplo do Programa <i>Recovery</i>, focou-se na reabilitação psicossocial, ajudando o utente a desenvolver competências pessoais e sociais de forma a contribuir para a sua autonomia e funcionalidade em diversos ambientes. As intervenções também incluíram o treino e gestão emocional, facilitando a integração do utente em diversos contextos. Como mencionado anteriormente, foi fundamental envolver a família do utente neste processo. Esta experiência melhorou a capacidade de implementar intervenções que promovem a funcionalidade pessoal e social do utente, e de envolver a rede familiar como parte do processo. Também destacou a importância de envolver outros profissionais para aumentar a efetividade das intervenções.

Tabela 15 - Correlação entre Reflexões e Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
Responsabilidade profissional, ética e legal.	
Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	
Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Durante os diferentes contextos de estágios e na realização das intervenções, foi garantida a aplicação de princípios éticos e legais, nomeadamente o consentimento para a intervenção, respeitando os direitos e dignidade. Tendo sempre atenção para a necessária adaptação das intervenções aos valores e limitações dos utentes, considerando a ética profissional como pilar das decisões clínicas. Garantindo que as práticas clínicas fossem centradas no utente e sustentadas cientificamente.
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	As intervenções realizadas nos diferentes contextos demonstraram o compromisso com práticas que priorizam os direitos humanos, a individualidade dos utentes e a equidade no acesso aos cuidados de saúde mental. As intervenções foram ajustadas para garantir a inclusão e o respeito pela dignidade dos utentes e familiares. Assumindo um papel de responsabilidade profissional perante o utente, estabelecendo sempre a relação terapêutica de confiança e segura, respeitando todas as fases inerentes a este processo.
Melhoria Contínua da Qualidade	
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica/Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e	Tendo tido a oportunidade de integrar este estágio no momento em que ocorre a reforma da saúde mental, com a transição para os centros de responsabilidade integrados de saúde mental, evidenciou a importância do papel do profissional em participar e otimizar as práticas clínicas e organizacionais. Tendo sido importante por observação, entender as principais alterações na gestão dos cuidados aos utentes na comunidade, com vista a melhoria contínua das respostas nesta área. A elaboração e apresentação do Procedimento de Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem, foi uma das estratégias que

colaborando em programas de melhoria contínua.	considero neste ponto, tendo sido identificada esta necessidade e tendo sido desenvolvido em colaboração com a equipa de enfermagem com vista a ser um modelo para replicar para outras ET.
Garante um ambiente terapêutico e seguro.	Em todas as intervenções, foi realizada uma análise das condições de segurança para realização da intervenção, tentando sempre proporcionar recursos físicos adequados às necessidades dos utentes, bem como salvaguardar a privacidade e dignidade dos utentes. Da mesma forma que ao longo da intervenção foi realizada a avaliação contínua das condições emocionais e físicas dos utentes, nomeadamente critérios de inclusão vs exclusão nas próprias intervenções.
Gestão dos cuidados	
Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	A coordenação de intervenções psicoterapêuticas em colaboração com a equipa, utilizando recursos pré-existent, mas também contribuído com recursos e intervenções novas de forma a integrar diferentes áreas de atuação, foram uma mais-valia.
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	Numa vertente adaptativa, enquanto EESMP esta responsabilidade é parte essencial para o sucesso da intervenção. Por exemplo adaptar a intervenção a um utente com mobilidade reduzida disponibilizando cuidados no domicílio (Contexto comunitário). Da mesma forma que a intervenção em internamento era adaptada tendo em conta os horários e rotinas do utente não criando desorganização na vida do utente.
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	
Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	Foi evidente a importância do autoconhecimento para compreender o impacto das próprias emoções e ações no processo. O desenvolvimento da assertividade, através da comunicação clara e empática, foi essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes e promover o sucesso das intervenções. O processo de autoconhecimento fez-se também de uma análise dos pontos, que de forma autocrítica tomei consciência, que devo treinar e melhorar, acreditando que o treino e a experiência daqui para frente terão um importante papel nesse sentido. Para além disso a tomada de consciência de que a nossa responsabilidade como EESMP é também desmistificar o estigma na saúde mental, promovendo cada vez a literacia também dos profissionais de saúde, assumindo que todos os utentes independentemente da gravidade da doença mental merecem o acesso a cuidados.
Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	Ao longo deste documento o trabalho realizado de análise do enquadramento teórico e evidências científicas foi altamente enriquecedor, para além disso a realização dessa análise prévia também tem impacto na segurança e confiança na nossa prática profissional.

2. CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório de mestrado representa não apenas o encerramento de um ciclo académico, mas também a consolidação de competências que se considera ter adquirido. Ao longo deste percurso de mestrado, a componente de estágio, foi uma excelente oportunidade para refletir sobre as competências, desafios, experiências e resultados, culminando num processo de crescimento profissional e pessoal.

Do ponto de vista do desenvolvimento pessoal e profissional, fui capaz de reforçar a minha capacidade de análise crítica e reflexiva, reconhecendo a importância de questionar continuamente a prática clínica e procurar soluções para os desafios encontrados. A aquisição destas competências foi acompanhada por uma sensibilidade às necessidades dos utentes, com empatia e capacidade de comunicação, que considero essenciais para o exercício da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

A elaboração deste relatório constituiu uma etapa central no processo de desenvolvimento de competências como EEESMP. O mesmo exigiu um compromisso no que toca à organização e sistematização das diferentes fases de elaboração do documento, bem como a análise crítica e reflexiva da prática clínica e do enquadramento teórico. Destacando a importância de integrar o conhecimento científico, para sustentar as intervenções realizadas, mas também para orientar futuras intervenções.

Os contextos de estágio explorados durante o mestrado foram cruciais, cada contexto proporcionou aprendizagens únicas e complementares, permitindo-me adquirir de forma abrangente as competências e alcançar os objetivos estabelecidos. No contexto comunitário, foi possível compreender o impacto das intervenções preventivas e de proximidade, onde foram obtidas excelentes aprendizagens. Esta experiência, foi realizada num contexto da mesma tipologia ao da prática profissional da autora, permitindo uma reflexão sobre projetos e programas com potencial de implementação no futuro, enquanto EEESMP. Neste

sentido, a especialidade surge como uma oportunidade para reforçar a motivação de fazer mais e melhor.

O contexto diferenciado destacou a importância de uma abordagem especializada e adaptada às necessidades individuais. O contacto com um público-alvo diferente, exigiu a adaptação da intervenção e a elaboração de um planeamento estruturado, reconhecendo as intervenções psicoterapêuticas como processos dinâmicos e em constante evolução. Assim como a saúde mental, as práticas enquanto EESMP devem ser flexíveis e ajustadas a cada pessoa, esta análise reflexiva foi ponto de viragem, no processo de aprendizagem, sendo também o contexto que reforçou a complexidade da saúde mental.

No contexto de internamento, o cuidado centrado no utente, mesmo em situações de maior complexidade, à semelhança das experiências anteriores foi igualmente enriquecedor, deixando clara a necessidade de trabalhar o estigma em saúde mental. Foi importante refletir sobre as fragilidades da área da saúde mental, nomeadamente o estigma e a falta de recursos e programas de continuidade para a transição do utente com doença mental grave para a comunidade.

O tema central deste relatório, Programas de Reminiscência, constitui uma parte fundamental deste relatório, mas também se constitui como um excelente exercício de análise, adquirindo conhecimentos sobre o desenvolvimento de trabalhos científicos, a adoção de uma metodologia com potencial para dar continuidade a este trabalho. Para além disso, o facto de aumentar conhecimento sobre a TR tornou-se importante e útil para dar respostas às necessidades dos utentes em diferentes contextos de estágios, mas também permitiu a partilha deste conhecimento com outros profissionais.

Este percurso reforçou a necessidade de pensar na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica não apenas no presente, mas também com um olhar no futuro porque essa é também a nossa responsabilidade como especialistas. Acredito que o avanço da especialidade poderá depender de uma abordagem

cada vez mais voltada para a implementação efetiva das intervenções, programas e projetos nos seus diversos contextos. É essencial que os EESMP assumam um papel ativo na promoção da saúde mental, na demonstração do quão importante é a prática de especialistas, levando todo o conhecimento para os locais onde exercem enfermagem. Com o dever de sensibilizar profissionais e comunidade para a importância da saúde mental como parte essencial do bem-estar.

Em síntese, a elaboração deste relatório permitiu consolidar conhecimentos, desenvolver competências e projetar o futuro na área da saúde mental e psiquiátrica. Este percurso, reflete o compromisso em continuar a evoluir enquanto EESMP, contribuindo para uma enfermagem mais humana, reflexiva e comprometida como a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, A. P., Doyle, C., & Roche, R. A. P. (2020). The impact of reminiscence on autobiographical memory, cognition and psychological well-being in healthy older adults. *Europe's Journal of Psychology*, 16(2), 317–330. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i2.2097>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-5®*.
- Amorim, M. J., & Passos, P. (2024). Recovery como Objetivo Terapêutico na Esquizofrenia: O Dever de Oferecer Mais. In *Acta medica portuguesa* (Vol. 37, Issue 9, pp. 673–674). <https://doi.org/10.20344/amp.21804>
- Arjmand-sangani, M., Sharifzadeh, G., Soltani, N., & Torshizi, M. (2024). Investigating the relationship between aging perception and self-efficacy in the older adults: a cross-sectional study in Eastern Iran. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05231-7>
- Baccari, I. O. P., Campos, R. T. O., & Stefanello, S. (2015). Recovery: Revisão sistemática de um conceito. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(1), 125–136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2013, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Bárrios, M. J., Marques, R., & Fernandes, A. A. (2020). Aging with health: aging in place strategies of a Portuguese population aged 65 years or older. *Revista de Saude Publica*, 54, 1–11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>
- Boardman, J., & Shepherd, G. (2012). *RECOvERY Implementing recovery in mental health services*.
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Emmerik-De Jong, M. (2008). The effects of integrative reminiscence on meaning in life: Results of a quasi-experimental study. *Aging and Mental Health*, 12(5), 639–646. <https://doi.org/10.1080/13607860802343209>

- Bryant, F. B. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, 12(2), 175–196. <https://doi.org/10.1080/0963823031000103489>
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). *Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn?* En J. D. Webster & B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence: From theory to application* (pp. 61–75). Springer.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2017). *NIC (Nursing Interventions Classification)* (7th ed).
- Callista Roy e Heather A. Andrews. (1981). *Teoria de Enfermagem: O modelo de adaptação de Roy*. (Stória Editores, Lda).
- Chen, C., Takahashi, T., & Yang, S. (2015). Remembrance of happy things past: Positive autobiographical memories are intrinsically rewarding and valuable, but not in depression. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 6, Issue MAR). Frontiers Research Foundation. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00222>
- Cheruvu, V. K., & Chiyaka, E. T. (2019). Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatrics*, 19(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1203-2>
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). *Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 7-10. <https://doi.org/10.1002/gps.1824>
- Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. In *American Journal of Occupational Therapy* (Vol. 66, Issue 4, pp. 438–446). <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004291>
- Correia, M., & Leal, P. (2019). *Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC*.

- Couto, A. M. do, Castro, E. A. B. de, & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- De Medeiros, K., Mosby, A., Hanley, K. B., Pedraza, M. S., & Brandt, J. (2011). A randomized clinical trial of a writing workshop intervention to improve autobiographical memory and well-being in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 803–811. <https://doi.org/10.1002/gps.2605>
- Debnath, A., Sandooja, C., & Kishore, J. (2023). Depression and Associated Factors Among Older Adults in a North Indian State: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.35962>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário Da República*.
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República n.º 149/2022, Série I. *Diário Da República*.
- Emery, E. E., Pargament, K. I., Fulks, A. J. S., Stein, C. H., & Gordon, A. (2002). *Living history-spiritually... Or not? A comparison of conventional and spiritually-integrated reminiscence groups Committee*.
- Federação Internacional da Cruz Vermelha. (2024). *Projeto EU4health para promover a Saúde Mental e o Bem-Estar*. <https://www.cruzvermelha.pt/not%C3%ADcias/item/8118-projeto-eu4health-para-promover-a-sa%C3%BAde-mental-e-o-bem-estar.html>
- Ferrario, A., & Demiray, B. (2024). Understanding reminiscence and its negative functions in the everyday conversations of young adults: A machine learning approach. *Heliyon*, 10(1). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23825>
- Figueiredo, M., Teixeira, L., & Paúl, C. (2019). StressadaMente: Mental health promotion program for direct care workers of older people. *SAGE Open Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/2050312119834116>
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? Why Have Positive Emotions Been Marginalized? In *Review of General Psychology* (Vol. 2, Issue 3).

- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions Perspectives on Emotions and Affect NIH Public Access. In *Am Psychol* (Vol. 56, Issue 3).
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). *Research Report positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being*.
- Fu, S. R., Lee, M. F., & Ou, S. J. (2020). Effects of reminiscing about nostalgic smells on the physiological and psychological responses of older people in long-term care facilities. *Ageing and Society*, 40(3), 501–511. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18001058>
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 30, Issue 7, pp. 849–864). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002>
- Gil, I. M. A. (2019). *Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo - Tese apresentada de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada*. (Tese de doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: A systematic review. In *Revista da Escola de Enfermagem* (Vol. 53). Escola de Enfermagem de Universidade de Sao Paulo. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007403458>
- Gil, I., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Silva, R., de Lurdes Almeida, M., & Apóstolo, J. (2022). Effectiveness of Reminiscence Therapy versus Cognitive Stimulation Therapy in Older Adults with Cognitive Decline: A Quasi-Experimental Pilot Study. *Nursing Reports*, 12(2), 339–347. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020033>
- Guths, B. O., & Sausen, T. R. (2024). Esquizofrenia: revisão histórica e características neuropsicológicas do transtorno. *Revista Neurociências*, 32, 1–21. <https://doi.org/10.34024/rnc.2024.v32.15845>

- Hallford, D. J., Hardgrove, S., Sanam, M., Oliveira, S., Pilon, M., & Duran, T. (2022). Remembering for resilience: Brief cognitive-remembrance therapy improves psychological resources and mental well-being in young adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 1004–1021. <https://doi.org/10.1111/aphw.12364>
- Hallford, D. J., & Mellor, D. (2013). Cognitive-remembrance therapy and usual care for depression in young adults: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-343>
- Hallford, D., Woolfit, M., Follett, A., Jones, E., Harrison, O., & Austin, D. (2024). Guided recall of positive autobiographical memories increases anticipated pleasure and psychological resources, and reduces depressive symptoms: a replication and extension of a randomised controlled trial of brief positive cognitive-remembrance therapy. *Memory*, 32(4), 465–475. <https://doi.org/10.1080/09658211.2024.2333510>
- Hausknecht, S., Low, L. F., O'loughlin, K., McNab, J., Clemson, L., & Heyn, P. C. (2020). Older Adults' Self-Perceptions of Aging and Being Older: A Scoping Review. In *Gerontologist* (Vol. 60, Issue 7, pp. E524–E534). Gerontological Society of America. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz153>
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (2021). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. In *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York. <https://doi.org/10.1055/b0000000515>
- Ilali, E. S., Mokhtary, F., Mousavinasab, N., & Tirgari, A. H. (2018). Impact of Art-Based Life Review on Depression Symptoms Among Older Adults. *Art Therapy*, 35(3), 148–155. <https://doi.org/10.1080/07421656.2018.1531276>
- Johnson, Marion., & Sweeney, Sharon. (2013). *Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições Clínicas: suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade*. Elsevier.
- Julião Da Silva, L. (2023). *Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde Capacita-te para melhor cuidares: Programa de Intervenção em Grupo para Cuidadores Formais*.

- Justo-Henriques, S. I. (2021). Individual intervention protocol based on cognitive stimulation therapy for older adults with mild neurocognitive disorder. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5). <https://doi.org/10.12707/RV20100>
- Klibert, J. J., Sturz, B. R., LeLeux-LaBarge, K., Hatton, A., Smalley, K. B., & Warren, J. C. (2022). Savoring Interventions Increase Positive Emotions After a Social-Evaluative Hassle. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.791040>
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445–452. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.010>
- Liu, Z., Yang, F., Lou, Y., Zhou, W., & Tong, F. (2021). The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709853>
- Macedo, E., Candeias, A., Gomes, F., Duarte, A., Pires, B., Azevedo, C., Peixoto, S., Iglésias, C., Silva, I., & Garcia, A. (2019). *Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental*. <https://doi.org/https://doi.org/ISBN978-989-98852-2-6>
- Mariano, M. E. P., da Silva, R. C., Martins, M., Paludo, I. M., & Moraes, L. P. (2022). Esquizofrenia: relação com a genética e outras substâncias. *Brazilian Journal of Development*, 8(10), 67255–67262. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-159>
- Mastel-Smith, B., & Malecha, A. (2007). Improving depressive symptoms in community-dwelling older adults-A psychosocial intervention using life review and writing-Workshop participants experienced reduced depressive. In *Article in Journal of Gerontological Nursing* . <https://www.researchgate.net/publication/298911131>
- Meireles, J., & Massano, J. (2012). Cognitive impairment and dementia in Parkinson's disease: Clinical features, diagnosis, and management. *Frontiers in Neurology*, MAY. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00088>
- Mohammadbeigi, A., Khavasi, M., Golitaleb, M., & Jodaki, K. (2021). The effect of peer group education on anxiety, stress, and depression in older adults living in nursing

- homes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3), 252–257.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_40_20
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Duncan, L. G., Cohn, M. A., Maurer, S., Bussolari, C., & Acree, M. (2012). A positive affect intervention for people experiencing health-related stress: Development and non-randomized pilot test. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 676–692.
<https://doi.org/10.1177/1359105311425275>
- OE. (2020). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021*.
- OECD. (2024). (2024). *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, (2024). Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators. OECD Publishing.
<https://Pessoas2030.Gov.Pt/2024/08/06/Publicado-o-Relatorio-a-Sociedade-Em-Resumo-2024-Indicadores-Sociais-Da-Ocde-o-Desafio-Demografico-e-o-Papel-Do-Pessoas-2030/?> Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators. OECD Publishing.
<https://pessoas2030.gov.pt/2024/08/06/publicado-o-relatorio-a-sociedade-em-resumo-2024-indicadores-sociais-da-ocde-o-desafio-demografico-e-o-papel-do-pessoas-2030/?>
- Oliveira, A (2021). *Programa de Recovery* [Trabalho de pós-licenciatura não publicado]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- OMS. (2011). *Psychological first aid - OMS*. World Health Organization.
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde - Organização Mundial da Saúde*.
www.who.int
- Ontologia, E. (2025). *Ontologia* - *NursingOntos*.
<https://nursingontos.esenf.pt/fo/2425/Browser>
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2014). Nursing focuses in older people with mental disorders. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(2), 81–91.
<https://doi.org/10.12707/RIV14002>
- Peesapati, T., Schwanda, V., Schultz, J., Lepage, M., Jeong, S., & Cosley, D. (2010). *Pensieve: Supporting Everyday Reminiscence*. Association for Computing Machinery.

- Pereira, I. D., & Girotto, J. R. (2023). Relação entre uso de cannabis e a esquizofrenia: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 22694–22700. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-295>
- Pinazo-Hernandis, S., Sales, A., & Martinez, D. (2022). Older Women's Loneliness and Depression Decreased by a Reminiscence Program in Times of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.802925>
- Pinquart, M. (2024a). Effects of reminiscence interventions on depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. In *Aging and Mental Health* (Vol. 28, Issue 5, pp. 717–724). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2320133>
- Pinquart, M. (2024b). Effects of reminiscence interventions on depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. In *Aging and Mental Health* (Vol. 28, Issue 5, pp. 717–724). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2320133>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Siqueira Júnior, A. C. (2012). *A realidade do viver com esquizofrenia*. [The reality of living with schizophrenia]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.
- Routledge, C., Wildschut, T., Sedikides, C., Juhl, J., & Arndt, J. (2012). The power of the past: Nostalgia as a meaning-making resource. *Memory*, 20(5), 452–460. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.677452>
- Rueda, A. V., Cabaco, A. S., Mejía-Ramírez, M., Justo-Henriques, S. I., & Carvalho, J. O. (2021). Improvement of the quality of life in aging by stimulating autobiographical memory. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14). <https://doi.org/10.3390/jcm10143168>
- Sabir, M., Henderson, C. R., Kang, S. Y., & Pillemer, K. (2016). Attachment-focused integrative reminiscence with older African Americans: A randomized controlled intervention study. *Aging and Mental Health*, 20(5), 517–528. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023764>

- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.papa-letras.pt>
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 9, Issue MAR). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00095>
- Seabra, P., Simões, A., Sequeira, A., Amaral, P., Filipe, F., & Sequeira, R. (2021). Caracterização do cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 75–91. <https://doi.org/10.19131/rpesm.311>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções* (Lidel-EdiçõesTécnica).
- Sezer Balci, A., Kolaç, N., Köse, M., Safa, İ., Kırac, A., & Öğüt Düzen, K. (2022). Effect of Group Reminiscence Therapy on the Loneliness, Depression and Life Satisfaction of the Elderly who living in Nursing Home: Randomized Controlled Trial. *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*, 13(3). <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1032196>
- Silva, C. C. dos S., & Penacci, F. A. (2024). Contribuição da área de enfermagem junto a portadores de esquizofrenia. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(12), e12641. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.12-159>
- Silva, R., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Costa, P., Couto, F., Camarneiro, A. P., Abrunheiro, S., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2020a). Effects of caregiver-provided individual cognitive interventions on cognition, social functioning and quality of life in older adults with major neurocognitive disorders: A systematic review. In *JBIS Evidence Synthesis* (Vol. 18, Issue 4, pp. 743–806). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00125>
- Sousa, D., Guedes de Pinho, L., & Pereira, A. (2017). Quality of Life and Social Support in Patients with Schizophrenia. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(1), 91–101. <https://doi.org/10.15309/17psd180108>

- Stinson, C. K. E. (2005). *Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women*.
- Stone, B. M. (2023). Integrating Positive Psychology into Substance Use Treatments. *Encyclopedia*, 3(3), 1133–1144. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3030082>
- Theses, G., & Morris, B. (2014). *Scholar Commons Savor the Memory: A Reminiscence Exercise to Increase Positive Emotions and Reduce Depression Risk in Anxious Individuals*. <https://scholarcommons.usf.edu/etd>
- Westerhof, G. J., Korte, J., Eshuis, S., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging and Mental Health*, 22(11), 1494–1501. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1376311>
- Yu, R. L., & Wu, R. M. (2022). Mild cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: An updated mini-review and future outlook. In *Frontiers in Aging Neuroscience* (Vol. 14). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.943438>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Nº	Autor, Ano	País	Título	Média de Idade dos participantes	Características dos participantes	Caracterização do programa e sessões	Nome de Programa	Tipo de RM	Técnica ou submodalidade	Grupo ou individual	Nº de sessões	Instrumentos de avaliação utilizados
1	Allen A.P. et al. (2020) Maynooth University e ao Trinity College Dublin	Irlanda	"The Impact of Reminiscence on Autobiographical Memory, Cognition and Psychological Well-Being in Healthy Older Adults" O Impacto da Reminiscência na Memória Autobiográfica, Cognição e Bem-Estar Psicológico em Idosos Saudáveis	69	Incluídos 36 participantes, todos com mais de 60 anos. O estudo excluiu indivíduos com problemas visuais graves, histórico de comprometimento psicológico/neurológico, trauma craniano grave, epilepsia, uso de medicamentos psicoativos, outras condições médicas relevantes ou histórico de problemas com álcool ou drogas. Os participantes foram recrutados na região de Dublin e arredores, na Irlanda, através de folhetos, anúncios em jornais e grupos comunitários, como grupos de envelhecimento ativo e grupos para homens (men's sheds).	O estudo utilizou a reminiscência com a recordação e a discussão de memórias passadas sem foco específico em qualquer função, objetivo ou fase de vida em particular. O estudo permitiu que os participantes falassem livremente sobre memórias. Isso significa que os participantes trouxeram espontaneamente qualquer tipo de memória que fosse importante ou significativa para eles durante as sessões. Esta exploração natural das funções de reminiscência e o não direcionar os participantes para um tipo específico de reminiscência, proporcionou um ambiente em que as funções de reminiscência poderiam surgir naturalmente. Este método permitiu observar a variedade de memórias e funções de reminiscência que ocorrem espontaneamente, refletindo mais fielmente como a reminiscência pode ocorrer na vida real e no dia-a-dia de adultos mais velhos.	"Remembering yesterday, caring today", (Schweitzer & Bruce, 2008)	SR	TR Livre	Grupo	6	Entrevista de Memória Autobiográfica Episódica (EAMI); Teste de Aprendizagem Verbal Auditiva de Rey (RAVLT); Tarefa de Stroop Fluência Verbal Questionário de Qualidade de Vida Controle, Autonomia, Realização Pessoal e Prazer (CASP-19); Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (STAI); Escalas de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)
2	Balci et al. (2022) Universidade Mehmet Akif Ersoy e Universidade Marmara	Turquia	"Effect of Group Reminiscence Therapy on the Loneliness, Depression and Life Satisfaction of the Elderly in the Nursing Homes" Efeito da Terapia de Reminiscência na Solidão, Depressão e Satisfação com a	74,5 68,4% Dos participantes antes 65 e 79 anos restante (31,6%) tinha 80 anos ou mais	Os participantes tinham 65 anos ou mais e não podiam ter nenhum diagnóstico de demência ou diagnóstico psiquiátrico.	Número de sessões: 6 a 12 sessões, com Duração: entre 30 a 90 minutos, realizadas sessões semanais durante seis semanas. Os temas das sessões incluíram tópicos como dias de escola ou trabalho, plantas e animais favoritos, vida familiar, férias, celebrações especiais, amigos, etc. Durante cada sessão, os participantes compartilhavam memórias positivas sobre os temas e levavam objetos que ajudavam as memórias.	S/ nome	SR		Grupo	6	Mini Exame do Estado Mental Padronizado (SMMSE); Escala de Solidão da UCLA (UCLA Loneliness Scale); Escala de Satisfação com a Vida (LSS - Life Satisfaction Scale); Escala de Depressão de Beck (BDS - Beck Depression Scale);

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

			Vida num grupo de idosos em Lares									
3	Bazrafshan et al. (2022)	Irão	"The effect of group reminiscence therapy on death anxiety and adaptation of the elderly to old age" O efeito da terapia de reminiscência em grupo na ansiedade em relação à morte e na adaptação dos idosos ao envelhecimento	65.4	Idade mínima: 60 anos. Idade máxima: Não especificada no documento. Incluídos 32 idosos, divididos em dois grupos: intervenção (n=16) e controlo (n=16). Idade mínima de 60 anos. Sem histórico de uso de medicamentos psiquiátricos ou sem tratamento semelhante recebido recentemente. Familiaridade com a língua persa. Capacidades auditivas e de fala Pontuação mínima de 21 no teste de mini saúde mental	Número de sessões: 12 sessões Duração: Não especificada no documento. Temáticas: Diferentes tópicos de diferentes períodos da vida Metodologias: O protocolo foi baseado no modelo preparado por Stinson e Kirk (2006).	S/ nome	SR		Grupo	12	Questionário de características demográficas; Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental Status Examination); Questionário de Ansiedade de Morte de Templer; Questionários de adaptação ao envelhecimento.
7	Chiang et al. (2008)	China	"Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly" Avaliação do efeito de grupo num programa de revisão de vida, na autoestima e satisfação com a vida em idosos	77.4	Incluídos 75 idosos do sexo masculino, todos os participantes eram residentes de um Lar de Veteranos no Norte de Taiwan. Foram incluídos apenas, os idosos com um Mini-Mental State Examination (MMSE) igual ou superior a 20, indicando uma capacidade cognitiva suficiente para participar nas sessões.	Programa de 8 semanas de sessões estruturadas de reminiscência em grupo, cada sessão durava entre 1 a 1,5 horas, e foi realizada uma vez por semana. As sessões eram temáticas e incluíam temas como memórias de infância, adolescência, família, trabalho, amizades, realizações de vida e integração de eventos de vida. O programa seguia um manual padronizado chamado LRGP (Life Review Group Program Manual), que assegurava a consistência e estrutura das sessões.	Life Review Group Program (LRGP)	SR	Programas/submodalidade ou técnica	Grupo	8	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) Life Satisfaction Index A (LSIA) Ambas as escalas, a RSES e a LSIA, foram aplicadas aos participantes em três momentos: Antes da intervenção (pré-teste) Imediatamente após as 8 semanas de intervenção (pós-teste) Um mês após o término da intervenção (follow-up)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

8	Chippendale & Bear-Lehman (2012) Universidades, Nova Iorque (New York University)	Estados Unidos	"Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial" Efeito da escrita de revisão de vida nos sintomas depressivos em adultos idosos: um ensaio clínico randomizado	Idade mínima: 65 anos. Idade máxima: Não especificada, mas os participantes eram adultos mais velhos.	Os participantes eram residentes de lares de idosos e tinham capacidade de falar e escrever em inglês. Com idade mínima de 65 anos. Resultado negativo no Mini-Cog para excluir demência provável. Sem critérios mínimos de sintomas depressivos.	Número de sessões: 8 sessões. Duração: 90 minutos por sessão. Temáticas: Cada sessão incluía prompts (sugestões ou perguntas que servem como ponto de partida para inspirar ou orientar) de escrita, que incentivam os participantes a explorar diferentes períodos das suas vidas, como infância, adolescência, vida adulta e eventos significativos. Metodologias: Os participantes escreviam sobre as suas experiências de vida e liam os próprios textos em voz alta, recebendo feedback positivo dos colegas. O programa "Share Your Life Story" é um género de workshop estruturado de escrita autobiográfica que visa ajudar os participantes a refletirem sobre as suas vidas e experiências. Com o objetivo facilitar a revisão de vida através da escrita, permitindo que os participantes partilharem histórias pessoais e reflitam sobre as suas próprias experiências, o que pode contribuir para a redução dos sintomas depressivos. É realizado em um formato de grupo, onde os participantes se reúnem semanalmente para escrever e discutir as histórias.	"Share Your Life Story" (Compartilhe a Sua História de Vida), desenvolvido por M. Sierpina	SR	TR com Escrita	Grupo	8	Mini-Cog Questionários de avaliação de sintomas depressivos, avaliados antes e após o programa.
9	Cook (1991)	Georgia	"The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents" Os efeitos da reminiscência nas medidas psicológicas de integridade do ego em idosos residentes em lares	81.3	Os participantes eram residentes de lares de idosos.	Número de sessões: 16 sessões. Duração: Cada sessão tinha a duração de 1 hora. Temáticas: O programa focava-se em reminiscências, embora não especifique as temáticas abordadas.	S/ nome	SR		Grupo	16	Life Satisfaction Index A (LSI-A); Geriatric Depression Scale (GDS); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

10	De Medeiros et al. (2011, remi.) The Copper Ridge Institute, Sykesville, MD Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, MD Loyola University of Maryland, Baltimore, MD	Estados Unidos	"A randomized clinical trial of a writing workshop intervention to improve autobiographical memory and well-being in older adults" Ensaio clínico randomizado de uma intervenção de oficina de escrita para melhorar a memória autobiográfica e o bem-estar em idosos	81.5Idade mínima: 67 anos-Idade máxima: 96 anos	Com idade de 65 anos ou mais. Diploma de ensino secundário (ou GED) ou educação superior. Não diagnosticados com demência, com pontuação de 25 ou mais no Mini-Mental State Exam (MMSE). Visão e audição normais (com ou sem correção). Competência na língua inglesa, com interesse em escrever. Capacidade física para escrever (à mão ou teclado). Não ter participado em qualquer treino formal para a memória no ano anterior.	Número de Sessões: 8 sessões. Duração: cada sessão com 90 minutos. Temáticas: As sessões focaram-se em períodos cronológicos específicos da vida dos participantes, como infância, adolescência, juventude, idade adulta, meia-idade e velhice. Os temas foram selecionados por consenso do grupo (por exemplo, jogos da infância, experiências na faculdade). Os participantes tinham a oportunidade de partilhar as suas memórias pessoais e comentar sobre as histórias dos outros. No final de cada sessão, recebiam cópias da revista "Reminiscence" (material de apoio) e eram incentivados a ler pelo menos uma hora durante a semana seguinte, sozinhos ou com outros. Programa estruturado de escrita autobiográfica. Programa baseado em trabalhos anteriores que exploraram os benefícios da escrita autobiográfica. O estudo baseia-se numa literatura crescente sobre os benefícios da reminiscência escrita em adultos mais velhos, citando autores como Pennebaker et al. (1990) e outros que contribuíram para a pesquisa sobre escrita e bem-estar emocional. o grupo utilizou um programa estruturado de reminiscências baseado em procedimentos descritos por Burnside e Haight (1994) e Sherman (1995).	"Autobiographical Writing Workshop"	LR	TR com Escrita	Grupo	8	Autobiographical Memory Interview (AMI)Remote Memory Word Association Task (RMWAT)Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLTR)Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMTR)Short Form-36 (SF-36)NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)
11	De Medeiros et al. (2011), writing workshop	Estados Unidos	"A randomized clinical trial of a writing workshop intervention to improve autobiographical memory and well-being in older adults" Ensaio clínico randomizado de uma intervenção de oficina de escrita para melhorar a memória autobiográfica e o bem-estar em idosos	79.6Idade mínima: 67 anos-Idade máxima: 96 anos	Idade de 65 anos ou mais, sem demência Diploma de ensino secundário (ou GED) ou educação superior. Não diagnosticados com demência, com pontuação de 25 ou mais no Mini-Mental State Exam (MMSE). Visão e audição normais (com ou sem correção). Competência na língua inglesa, com interesse em escrever. Capacidade física para escrever (à mão ou teclado). Não ter participado em qualquer treino formal para a memória no ano anterior.	Número de Sessões: 8 sessões. Duração: Cada sessão teve a duração de 90 minutos. Temáticas: Foram introduzidos diferentes géneros literários a cada semana, como memórias, cartas, poemas e histórias na terceira pessoa eram desafiados a escrever sobre experiências passadas. O grupo não utilizou um programa estruturado de reminiscências. Em vez disso, os participantes foram incentivados a escrever sobre as suas memórias de forma livre, sem tópicos ou períodos específicos a serem abordados	S/ nome	SR	TR Livre	Grupo	8	Entrevista de Memória Autobiográfica (AMI). Tarefa de Associação de Palavras de Memória Remota (RMWAT). Instrumentos para avaliar humor, autoconceito e qualidade de vida, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), a Escala de Auto-conceito de Tennessee (TSCS:2) e o SF-36

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

12	Dehkordi et al. (2009) Shahrekord University of Medical Sciences (Irão) Shiraz University of Medical Sciences (Irão)	Irão	The Effect of Group Reminiscence Therapy on Depression of Elderly O efeito da Terapia de Reminiscência em Grupo na Depressão dos Idosos	Não há especificação clara da idade mínima e máxima	Total de participantes: 64 idosos, residentes num centro para reformados de Shahrekord Participantes sem condições de saúde mental graves ou incapacitantes Divididos aleatoriamente em dois grupos: grupo experimental (que recebeu a intervenção) e grupo de controlo (que não recebeu a intervenção).	Número de sessões: 8 sessões Duração: Cada sessão durou 1 hora e meia. Metodologias: A intervenção foi feita em grupo, onde os participantes eram incentivados a partilhar memórias e experiências passadas. Os encontros tinham o objetivo de fomentar a socialização e a reflexão sobre acontecimentos importantes na vida dos idosos.	S/ nome	SR		Grupo	8	Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS)
----	--	------	--	---	--	--	---------	----	--	-------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

13	Emery (2002, convent reminisc.) Universidad Bowling Green State University	Estados Unidos	"Living History - Spiritually... or Not? A Comparison of Conventional and Spiritually-Integrated Reminiscence Groups" História Viva - Espiritualmente... Ou Não? Uma Comparação entre Grupos de Reminiscência Convencionais e Espiritualmente Integrados	83.0	Os participantes eram residentes de instituições de vida assistida, no total 35 pessoas que foram divididas aleatoriamente em três grupos: convencional, espiritualmente integrado e controlo.	O programa tinha 8 semanas de duração e consistia em sessões de reminiscência. No grupo convencional, os participantes discutiam memórias passadas e partilhavam experiências de vida.	"Living History Program", versão convencional	SR		Grupo	8	Entrevista antes e depois da intervenção Geriatric Depression Scale (GDS) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Psychological Well-Being Inventory (PWB) Purpose in Life Index (PIL) versão adaptada do R-COPE Scale, desenvolvido por Pargament e colegas (1998), para medir o apoio espiritual; Role Checklist adaptado de Oakley, Kielhofner, Barris e Reichler (1985), para medir os papéis desempenhados pelos participantes em diferentes momentos de suas vidas; Social Network Interview (SNI): instrumento utilizado para avaliar o tamanho da rede social, estrutura e a frequência de interação, bem como os tipos de apoio utilizados pelos participantes.
----	---	----------------	---	------	--	---	---	----	--	-------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

14	Emery (2002, spiritual reminisc.) Universidad, Bowling Green State University	Estados Unidos	"Living History - Spiritually... or Not? A Comparison of Conventional and Spiritually-Integrated Reminiscence Groups" História Viva - Espiritualmente... Ou Não? Uma Comparação entre Grupos de Reminiscência Convencionais e Espiritualmente Integrados	84.7	Os participantes eram residentes de instituições de vida assistida, no total 35 pessoas que foram divididas aleatoriamente em três grupos: convencional, espiritualmente integrado e controlo.	Duração de 8 semanas. No grupo espiritualmente, as discussões eram enriquecidas com elementos espirituais e reflexões sobre espiritualidade.A principal diferença entre as temáticas do grupo convencional e do grupo espiritual está na integração de elementos espirituais e reflexões sobre espiritualidade nas sessões deste grupo. Embora ambos os grupos tenham abordado os mesmos temas principais nas suas sessões (primeiras experiências, dias de escola, trabalho, tradições, batalhas, eventos significativos), o grupo espiritual acrescentou uma camada de significado espiritual a essas discussões.No grupo espiritual, os participantes eram incentivados a refletir sobre como a espiritualidade e a fé se relacionavam com as experiências de vida discutidas. Por exemplo, durante as sessões sobre "batalhas vencidas e perdidas", os participantes do grupo espiritual refletiam sobre como a fé os ajudou a superar desafios.Cada sessão do grupo espiritual era iniciada e encerrada com orações.No grupo espiritual, havia atividades como o acender de velas imaginárias para honrar pessoas importantes em suas vidas, adicionando uma dimensão ritualística que estava ausente no grupo convencional.O grupo convencional focou-se apenas na artilha de memórias e experiências sem o elemento de reflexão espiritual. A abordagem era mais factual e baseada em experiências de vida sem relaciona-las à espiritualidade ou religião.	"Living History Program", versão espiritual	SR	TR e espiritualidade	Grupo	8	Entrevista antes e depois da intervenção Geriatric Depression Scale (GDS) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Psychological Well-Being Inventory (PWB) Purpose in Life Index (PIL) versão adaptada do R-COPE Scale, desenvolvido por Pargament e colegas (1998), para medir o apoio espiritual; Role Checklist adaptado de Oakley, Kielhofner, Barris e Reichler (1985), para medir os papéis desempenhados pelos participantes em diferentes momentos de suas vidas; Social Network Interview (SNI): instrumento utilizado para avaliar o tamanho da rede social, estrutura e a frequência de interação, bem como os tipos de apoio utilizados pelos participantes.
----	--	----------------	---	------	--	--	---	----	----------------------	-------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

17	Fu et al. (2020) Taiwan	China	The Impact of Nostalgic Smells on the Psychological and Physiological Health of Older Adults in Long-Term Care Facilities O Impacto dos Cheiros Nostálgicos na Saúde Psicológica e Fisiológica de Idosos em Estruturas de Cuidados de Longa Duração	Idade mínima: 50 anos Idade	Com um total de 60 participantes que foram recrutados e divididos aleatoriamente em dois grupos: um grupo experimental que recordou cheiros nostálgicos e um grupo de controlo que participou de conversas diárias. Com pontuação de 25 ou mais no Mini-Mental State Examination. E capacidade de participar em conversas verbais	Os participantes foram convidados a recordar cheiros nostálgicos que os impressionaram/marcaram na infância e a discutir o significado desses cheiros. O estudo dividiu os cheiros em duas categorias: cheiros naturais e cheiros artificiais. Cheiros Naturais: Os participantes mencionaram um total de 51 cheiros naturais, que incluíam aromas como: Cheiro de arroz em campos de arroz, Cheiro de cana-de-açúcar, Outros cheiros associados a ambientes naturais da infância. Cheiros Artificiais: Também foram relatados 41 cheiros artificiais, que podem incluir aromas de produtos processados ou sintéticos que evocaram memórias nostálgicas. Os participantes foram guiados a recordar esses cheiros e a discutir o significado que tinham para eles ao longo das suas vidas	S/ nome	SR	TR com cheiros	Individual	1	Mini mental state State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Geriatric Depression Scale – Short Form (GDS-SF)
18	Gana et al. (2014) Université Bordeaux Segalen (França) Université de Lorraine (França)	França	"Évaluation des vertus adaptatives de la rétrospective de vie chez les personnes âgées: Étude randomisée contrôlée" "Evaluation of the effect of life review therapy on psychological well-being in the elderly: A randomized controlled study" Avaliação das virtudes adaptativas da retrospectiva de vida nas pessoas idosas: estudo randomizado controlado	79.3 Idade mínima: 58 anos Idade máxima: 97 anos (com um desvio padrão de 13,67).	Com um total de 26 participantes. Desses, 11 foram alocados ao grupo de intervenção (que participou no programa de retrospectiva de vida) e 15 ao grupo controlo Com uma pontuação igual ou superior a 24 no Mini-Mental State (MMSE).	Número de sessões: 16 sessões Duração das sessões: 90 minutos cada Temáticas: O programa abordou todas as fases do ciclo de vida dos participantes, estimulando memórias autobiográficas relacionadas a marcos importantes, como primeiros anos de escola, casamento, trabalho, e outros eventos de vida. Metodologia: O programa usou estímulos sensoriais (os cinco sentidos) para evocar memórias, como o uso de aromas de plantas, leituras de fábulas de La Fontaine, entre outros . O foco foi na reinterpretação das experiências de vida dos participantes para facilitar a resolução de conflitos emocionais e a aceitação das suas vidas.	S/ nome	LR	TR Estímulo sensorial (c/ os 5 sentidos)	Grupo	16	Geriatric Depression Scale (escala de 15 itens) Rosenberg Self-esteem Scale (escala de 10 itens) Death Anxiety Scale (escala de 5 itens) Ego Integrity Scale (escala de 10 itens) Satisfaction with Life Scale (escala de 5 itens) Affect Balance Scale (escala de 10 itens)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

19	Haight (1989) Medical University of South Carolina	Estados Unidos	Life Review: A Report of the Effectiveness of a Structured Life Review Process. Revisão de Vida: Um Relatório sobre a Eficácia de um Processo Estruturado de Revisão de Vida	74 As idades variavam entre 50 a 76 anos	Com 84 participantes divididos em três grupos: 1 - Um grupo de 12 idosos saudáveis de uma comunidade do meio-oeste. 2 - 21 Veteranos residentes em lares de idosos numa grande cidade do sul. 3 - 51 Idosos ainda nas suas próprias casas com incapacidade física, numa cidade costeira do sul. Com capacidade de comunicação	Número de sessões: 8 sessões semanais. Duração das sessões: Cada sessão teve 1 hora Temáticas e metodologias: O grupo experimental participou num processo estruturado de revisão de vida baseado no Life Review Interview Form (LREF), que guiava o entrevistador através de questões sobre as experiências passadas dos participantes. O LREF é uma ferramenta composta por um conjunto de questões cuidadosamente elaboradas, que ajudam a estruturar a conversa sobre as experiências de vida dos participantes. As questões abordavam diferentes aspetos da vida dos participantes, incluindo: Infância e adolescência, perguntas sobre os primeiros anos de vida, família, amigos, escola, e as primeiras memórias significativas. Fase adulta: reflexões sobre a vida adulta, relacionamentos, carreira, filhos e os principais acontecimentos dessa fase. Velhice: questões sobre a fase atual da vida, desafios enfrentados, conquistas e a forma como o participante vê o seu envelhecimento. Sentimento de realização: uma parte importante do processo era ajudar os participantes a refletir sobre a sua satisfação com a vida, metas alcançadas e o que ainda gostariam de realizar. O processo foi conduzido em sessões individuais, onde um entrevistador usava o LREF para garantir que todas as sessões seguissem uma estrutura similar, mantendo a consistência. O objetivo do processo era ajudar os idosos a reavaliar e reinterpretar as suas vidas, focando em eventos passados que os ajudassem a atingir um sentimento de integridade e realização pessoal.	S/ nome	LR		Individual	6	Life Satisfaction Index-A (LSI-A): Avaliação do nível de satisfação com a vida, medindo componentes como resolução, autoimagem e satisfação geral
----	---	----------------	---	---	---	---	---------	----	--	------------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

20	Haight & Dias (1992) College of Nursing e o Department of Biostatistics, Epidemiology, and System Science da Medical University of South Carolina	Estados Unidos	Examining Key Variables in Selected Reminiscing Modalities Analisando Variáveis-Chave em Modalidades Seleccionadas de Reminiscência	78 A idade dos particip antes variava entre 60 e 99 anos	Com um total de 240 participantes, em que dos quais 188 completaram o estudo. Os participantes eram idosos residentes em diversas formas de habitação, incluindo lares de idosos, apartamentos e centros para idosos. As condições socioeconômicas eram variadas, garantindo uma amostra representativa. Cognitivamente aptos para participar no processo de reminiscência	Duração: entre 6 a 8 semanas individualmente.	S/ nome	SR		Individual	7	Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Beck Depression Inventory (BDI) Self-Esteem Scale (SES) Affect-Balance Scale (ABS)
21	Haight & Dias (1992) College of Nursing e o Department of Biostatistics, Epidemiology, and System Science da Medical University of South Carolina	Estados Unidos	Examining Key Variables in Selected Reminiscing Modalities Analisando Variáveis-Chave em Modalidades Seleccionadas de Reminiscência	78 A idade dos particip antes variava entre 60 e 99 anos	O estudo incluiu 240 participantes, em que dos quais 188 completaram o estudo. Os participantes eram idosos residentes em diversas formas de habitação, incluindo lares de idosos, apartamentos e centros para idosos. As condições socioeconômicas eram variadas, garantindo uma amostra representativa. Cognitivamente aptos para participar no processo de reminiscência	Duração: entre 6 a 8 semanas individualmente.	S/ nome	SR		Grupo	7	Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Beck Depression Inventory (BDI) Self-Esteem Scale (SES) Affect-Balance Scale (ABS)
22	Haight & Dias (1992) College of Nursing e o Department of Biostatistics, Epidemiology, and System Science da Medical University of South Carolina	Estados Unidos	Examining Key Variables in Selected Reminiscing Modalities Analisando Variáveis-Chave em Modalidades Seleccionadas de Reminiscência	78 A idade dos particip antes variava entre 60 e 99 anos	O estudo incluiu 240 participantes, em que dos quais 188 completaram o estudo. Os participantes eram idosos residentes em diversas formas de habitação, incluindo lares de idosos, apartamentos e centros para idosos. As condições socioeconômicas eram variadas, garantindo uma amostra representativa. Cognitivamente aptos para participar no processo de reminiscência	Cada modalidade de reminiscência foi realizada por um período de 6 a 8 semanas. Utilizando a "Life Review" de forma individual	S/ nome	LR		Individual	7	Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Beck Depression Inventory (BDI) Self-Esteem Scale (SES) Affect-Balance Scale (ABS)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

23	Haight & Dias (1992) College of Nursing e o Department of Biostatistics, Epidemiology, and System Science da Medical University of South Carolina	Estados Unidos	Examining Key Variables in Selected Reminiscing Modalities Analisando Variáveis-Chave em Modalidades Seleccionadas de Reminiscência	78 A idade dos participantes antes variava entre 60 e 99 anos	O estudo incluiu 240 participantes, em que dos quais 188 completaram o estudo. Os participantes eram idosos residentes em diversas formas de habitação, incluindo lares de idosos, apartamentos e centros para idosos. As condições socioeconômicas eram variadas, garantindo uma amostra representativa. Cognitivamente aptos para participar no processo de reminiscência	Cada modalidade de reminiscência foi realizada por um período de 6 a 8 semanas. Utilizando a "Life Review" em grupo	S/ nome	LR		Grupo	7	Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Beck Depression Inventory (BDI) Self-Esteem Scale (SES) Affect-Balance Scale (ABS)
----	--	----------------	--	--	--	---	---------	----	--	-------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

24	Haight et al. (1998, sample 1) Medical University of South Carolina.	Estados Unidos	Life Review: Preventing Despair in Newly Relocated Nursing Home Residents - Short and Long-Term Effects Revisão de Vida: Prevenção do Desespero em Residentes Recém-Transferidos para Casas de Repouso - Efeitos a Curto e Longo Prazo	79.6 Participantes com idades entre 60 e 104 anos	Com um total de 256, selecionados aleatoriamente de 13 lares de idosos de uma área tri-county e divididos em quatro grupos de pelo menos sessenta participantes cada. Sem depressão, orientados em relação à pessoa, tempo e lugar, conforme medido pelo Mental Status Questionnaire (MSQ). Ser capaz de comunicar em inglês. Os participantes foram divididos em quatro grupos utilizando o Desenho Experimental de Solomon com Quatro Grupos (Solomon Four-Group Design). Grupo 1E: Grupo experimental que recebeu a intervenção de revisão de vida e foi pré-testado e pós-testado. Grupo 2C: Grupo de controle que não recebeu a intervenção (recebeu uma visita amigável em vez disso) e foi pré-testado e pós-testado. Grupo 3E: Grupo experimental que recebeu a intervenção de revisão de vida, mas não foi pré-testado, apenas pós-testado. Grupo 4C: Grupo de controle que não recebeu a intervenção e não foi pré-testado, apenas pós-testado.	Grupo Experimental Número de sessões: 6 sessões principais, realizadas ao longo de 8 semanas. Duração das sessões: 1 hora. Temáticas e metodologias: As primeiras duas sessões focaram na infância e no lar, as duas seguintes na vida adulta, e as últimas duas foram um resumo da vida, levando à avaliação e integração dos eventos de vida.	S/ nome	LR		Individual	6	NIMH Diagnostic Interview Schedule Mental Status Questionnaire (MSQ) Depressão: Beck Depression Inventory (BDI). Desespero: Hopelessness Scale. Ideação suicida: Beck Suicide Ideation Scale. Satisfação com a vida: Life Satisfaction Index A (LSI-A). Bem-estar psicológico: Affective Balance Scale (ABS). Auto-estima: Self-Esteem Scale (SES) Pré-testes e pós-testes aplicados para medir os resultados.
----	---	----------------	---	--	---	--	---------	----	--	------------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

25	Haight et al. (1998, sample 2) Medical University of South Carolina.	Estados Unidos	Life Review: Preventing Despair in Newly Relocated Nursing Home Residents - Short and Long-Term Effects Revisão de Vida: Prevenção do Desespero em Residentes Recém-Transferidos para Casas de Repouso - Efeitos a Curto e Longo Prazo	79.6 Participantes antes com idades entre 60 e 104 anos	Com um total de 256, selecionados aleatoriamente de 13 lares de idosos de uma área tri-county e divididos em quatro grupos de pelo menos sessenta participantes cada. Sem depressão, orientados em relação à pessoa, tempo e lugar, conforme medido pelo Mental Status Questionnaire (MSQ). Ser capaz de comunicar em inglês. Os participantes foram divididos em quatro grupos utilizando o Desenho Experimental de Solomon com Quatro Grupos (Solomon Four-Group Design). Grupo 1E: Grupo experimental que recebeu a intervenção de revisão de vida e foi pré-testado e pós-testado. Grupo 2C: Grupo de controle que não recebeu a intervenção (recebeu uma visita amigável em vez disso) e foi pré-testado e pós-testado. Grupo 3E: Grupo experimental que recebeu a intervenção de revisão de vida, mas não foi pré-testado, apenas pós-testado. Grupo 4C: Grupo de controle que não recebeu a intervenção e não foi pré-testado, apenas pós-testado.	Grupo Experimental Número de sessões: 6 sessões principais, realizadas ao longo de 8 semanas. Duração das sessões: 1 hora. Temáticas e metodologias: As primeiras duas sessões focaram na infância e no lar, as duas seguintes na vida adulta, e as últimas duas foram um resumo da vida, levando à avaliação e integração dos eventos de vida.	S/ nome	LR		Individual	6	NIMH Diagnostic Interview Questionnaire (MSQ) Beck Depression Inventory (BDI) Desespero: Hopelessness Scale.Ideação suicida: Beck Suicide Ideation Scale.Satisfação com a vida: Life Satisfaction Index A (LSI-A).Bem-estar psicológico: Affective Balance Scale (ABS).Auto-estima: Self-Esteem Scale (SES) Apenas pós-testes aplicados
----	---	----------------	---	---	---	--	---------	----	--	------------	---	--

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

27	Hanaoka & Okamura (2004) Hiroshima University, Faculdade de Ciências da Saúde e Shimane Rehabilitation College, Divisão de Terapia Ocupacional	Japão	Study on Effects of Life Review Activities on the Quality of Life of the Elderly: A Randomized Controlled Trial Estudo sobre os Efeitos das Atividades de Revisão de Vida na Qualidade de Vida dos Idosos: Um Ensaio Clínico Randomizado	81.6 Idade mínima: 65 anos	Com um total de 80 participantes com idades acima de 65 anos. Ausência de histórico de perturbação mental. Ausência de comprometimentos cognitivos (pontuação mínima de 21 no Mini-Mental State Examination). Participantes sem problemas auditivos, visuais ou de linguagem significativos	Número de sessões: 8 sessões semanais. Duração: Cada sessão teve 60 minutos de duração. Temáticas e metodologias: As sessões seguiram uma sequência de eventos ao longo da vida, desde a infância até a idade adulta e reforma, culminando em reflexões sobre a vida como um todo. O profissional apresentava o tema, os participantes refletiam e depois havia uma discussão em grupo	S/ nome	LR		Grupo	8	Mini-Mental State Examination (MMSE) Life Satisfaction Index A (LSIA) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) Geriatric Depression Scale (GDS). Beck Hopelessness Scale (BHS)
28	Hedgpeth & Hale (1983) Universidade de Stetson University, na Flórida	Estados Unidos	Effect of a Positive Reminiscing Intervention on Affect, Expectancy, and Performance. Efeito de uma Intervenção de Reminiscência Positiva no Afeto, Expectativa e Desempenho.	76.4 Idade mínima: 60 Idade máxima: 98	Com um total de 60 participantes do sexo feminino, com idades entre 60 e 98 anos. Foram recrutadas de lares comunitários e grupos da comunidade. A maioria tinha completado o ensino secundário (12 anos de escolaridade em média).	Os participantes foram aleatoriamente divididos em três grupos: 1 - Um grupo que relembrava experiências passadas positivas. 2 - Um grupo que discutia experiências positivas atuais. 3 - Um grupo de controle que discutia assuntos diversos. Duração das sessões: 1 hora, com recurso de reminiscência positiva, no qual os participantes relembravam experiências passadas positivas e discutiam essas memórias	S/ nome	SR	TR Positiva	Individual	1	Escala de Ansiedade e Escala de Depressão do Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL) Um teste de desempenho psicomotor baseado no Digit Symbol Test do Wechsler Adult Intelligence Scale

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

29	Ilali et al. (2018) Mazandaran University of Medical Sciences	Irão	Impact of Art-Based Life Review on Depression Among Older Adults. Impacto da Revisão de Vida Baseada em Arte nos Sintomas de Depressão em Idosos	70	Com um total de 54 participantes (27 no grupo experimental e 27 no grupo de controlo), com idade média de 70 anos. Capacidade cognitiva adequada (pontuação mínima de 7 no Abbreviated Mental Test). Ausência de impedimentos físicos significativos. Não estarem a usar antidepressivos ou terem estabilizado a medicação há pelo menos três meses	A intervenção consistia em desenhar temas relacionados à vida dos participantes, com o objetivo de estimular a recordação de experiências passadas, tanto positivas quanto negativas, e ajudar os participantes a recapturar o sentido da sua vida. Número de sessões: 6 sessões semanais. Duração das sessões: Cada sessão teve pelo menos 60 minutos. Temáticas e metodologias: As sessões de desenho incluíram temas como desenhar a infância, juventude, meia-idade, velhice, e reflexões sobre o que os participantes mudariam nas suas vidas, bem como momentos de orgulho e satisfação. A sexta sessão envolveu uma discussão facilitada por um psicólogo. A metodologia envolve a criação de obras de arte pelos participantes, para expressar e processar memórias e emoções relacionadas a eventos passados.	S/ nome	SR	TR com ARTE	Grupo	6	Abbreviated Mental Test (AMT). Geriatric Depression Scale (GDS)
33	Lai et al. (2018) Hong Kong, com a colaboração da Hong Kong Polytechnic University	China	Psychological outcomes of life story work for community-dwelling seniors: A randomised controlled trial. Resultados psicológicos do trabalho com histórias de vida para idosos que vivem na comunidade: Um ensaio clínico randomizado	78 Com idades entre 61 a 99 anos	Com um total de 244 participantes, dos quais 124 foram alocados no grupo de intervenção e 120 no grupo de controlo. Idade mínima de 60 anos. Capacidade de falar e entender cantonês. Ser membro ativo dos centros comunitários que participaram no estudo. Foram excluídos indivíduos com doenças psiquiátricas ativas, condições médicas instáveis, crises psicossociais recentes ou incapacidade auditiva e visuais.	Número de sessões: 4 a 6 sessões semanais. Duração das sessões: Cada sessão durava entre 30 e 60 minutos. Temáticas e metodologias: As sessões focavam-se em recordar eventos importantes da vida dos participantes, como infância, adolescência, vida adulta e velhice. Os participantes eram encorajados a usar memórias, fotos e objetos para facilitar a narração das histórias, que depois eram compiladas num livro de história de vida	S/ nome	SR		Individual	5	Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES). General Health Questionnaire (GHQ) Depression Scale (GDS)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

34	Latorre et al. (2015) Universidade de Castilla-La Mancha e da Universidade Miguel Hernández, em Elche	Espanha	Life Review Based on Remembering Specific Positive Events in Active Aging Revisão de Vida Baseada na Recordação de Eventos Positivos Específicos no Envelhecimento Ativo	65.2	Com um total de 55 participantes. Os participantes eram idosos que frequentavam programas de envelhecimento ativo. Não tinham diagnóstico de doenças mentais graves e apresentavam bom estado cognitivo e físico.	Número de sessões: 6 sessões semanais. Duração das sessões: 60 e 90 minutos. Temáticas e metodologias: As sessões focavam-se em diferentes períodos da vida dos participantes, começando pela infância e avançando até à vida adulta. Cada sessão era guiada por 14 perguntas que incentivavam os participantes a recordar memórias específicas e positivas. Exemplos de temas incluíam a infância, adolescência, vida adulta e momentos de realização pessoal. Estas 14 perguntas eram baseadas em trabalhos anteriores sobre revisão de vida, como os de Haight e Haight (2007), e foram adaptadas para se focarem em eventos detalhados e positivos. Alguns exemplos dessas perguntas incluem: Infância: "Qual é a situação mais agradável que se lembra da sua infância?" "Quando era criança, algum dos seus pais fez algo surpreendente que o deixou feliz? O que foi?" Adolescência: "Qual foi o momento mais especial da adolescência, talvez o primeiro beijo ou algo partilhado com alguém de quem gostava?" "Conte-nos sobre um dia na adolescência em que fez algo incomum e que ainda se lembra com felicidade." Vida adulta: "Qual foi o momento mais importante do seu trabalho de que se orgulha mais?" "Alguma vez se sentiu feliz porque alguém próximo recuperou de uma doença grave? Conte-nos sobre esse momento." "Lembra-se da primeira vez que viu algo bonito, como uma obra de arte ou um bebé recém-nascido? Onde estava? Como se sentiu?" Reflexões sobre a vida: "Se pudesse reviver um momento da sua vida exatamente como aconteceu, qual seria?" "O que considera ser a coisa mais importante que fez na vida e que se lembra com grande alegria?"	S/ nome	LR		Individual	6	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Life Satisfaction Index (LSI-A) Environmental Reward Observation Scale (EROS) Autobiographical Memory Test (AMT)
----	--	---------	---	------	---	--	---------	----	--	------------	---	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

38	Mardi et al. (2020) Islamic Azad University, de Kermanshah, e da Razi University	Irão	The Comparison of the Effectiveness of Psychodrama, Reminiscence, and Rational-Emotional Behavioral Therapy on Death Anxiety in the Elderly. A Comparação da Eficácia do Psicodrama, Reminiscência e Terapia Comportamental Racional-Emocional na Ansiedade da Morte em Idosos	68.6 Com idades entre 60 e 75 anos	Com um total de 40 participantes idosos do sexo masculino Idade mínima de 60 anos. Pontuação mínima no Mini-Mental State Examination (MMSE) para garantir um estado cognitivo adequado. Todos residiam em lares de idosos e apresentavam ansiedade relacionada à morte	10 Sessões semanais de 90 minutos, que incluíam a recordação de memórias significativas da infância, vida adulta, e momentos importantes da vida dos participantes. As sessões abordavam memórias pessoais importantes e eram estruturadas para facilitar a revisão da vida e a reflexão sobre momentos significativos. Cada sessão envolvia a partilha de memórias e reflexão sobre o impacto emocional dessas recordações	S/ nome	SR		Individual	10	Mini-Mental State Examination (MMSE) Templer Death Anxiety Scale (DAS)
39	Mastel-Smith et al. (2007) University of Texas at Tyler e a Texas Woman's University	Estados Unidos	Improving Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults: A Psychosocial Intervention Using Life Review and Writing Melhorar os Sintomas Depressivos em Idosos que Vivem na Comunidade: Uma Intervenção Psicossocial Utilizando Revisão de Vida e Escrita	70.1	Com um total de 33 participantes divididos em dois grupos (intervenção e controlo). Idade mínima de 60 anos. Capacidade de falar inglês e viver de forma independente na comunidade. Não ter participado anteriormente em workshops de história de vida. Foram recrutados por centros comunitários, bibliotecas públicas e habitações para idosos	Número de sessões: 10 sessões semanais. Duração das sessões: Cada sessão teve 2 horas de duração. Temáticas e metodologias: envolveu a reflexão e escrita de histórias de vida dos participantes. Os temas foram sugeridos, e os participantes eram incentivados a escrever entre as sessões e partilhar as suas histórias com o grupo. Realizavam-se sessões cronometradas de escrita para garantir que todos participassem	S/ nome	SR	TR com escrita	Grupo	10	Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

41	Momeni et al. (2014) Universidade Razi, Kermanshah e Universidade Bu-Ali Sina, Hamedan	Irão	The effectiveness of structured group reminiscence on depression and self-esteem of older women A eficácia das reminiscências estruturadas num grupo sobre a depressão e a autoestima de mulheres idosas	71.3 Idade mínima e máxima: entre 60 e 80 anos	Total de participantes: 24 (12 no grupo experimental e 12 no grupo de controlo) Mulheres idosas residentes em lares de idosos na cidade de Kermanshah. Idade de 60 anos ou mais, ausência de medicação antidepressiva (ou uso estável por pelo menos três meses), pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental e uma pontuação entre 5 e 11 na escala de depressão geriátrica	Número de sessões: 12 sessões semanais Duração das sessões: 1 hora por sessão Temáticas e metodologias: As sessões abordaram vários tópicos da vida dos participantes, incluindo infância, escola, casamento, trabalho e envelhecimento. Métodos como uso de objetos que evocavam memórias, como fotos e objetos antigos	S/ nome	SR		Grupo	12	Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental State Examination) Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale) Escala de Autoestima de Rosenberg
43	Musavi et al. (2013) Universidade de Ciências Médicas de Urmia (Urmia University of Medical Sciences)	Irão	The effect of reminiscence group therapy on the depression of the elderly in nursing homes of Urmia O efeito da terapia de grupo baseada na reminiscência na depressão dos idosos em lares de Urmia	Não foi especificada a idade exata mínima e máxima, mas o estudo envolveu idosos em lares	O estudo incluiu idosos de quatro diferentes lares em Urmia.	Número de sessões: 8 sessões. Duração: As sessões foram realizadas duas vezes por semana. Temáticas e metodologias: As sessões de terapia de reminiscência em grupo focaram em recordações de experiências passadas, como parte da intervenção para melhorar o estado emocional dos idosos	S/ nome	SR		Grupo	8	Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale)
44	Musavi et al. (2017) Universidade de Ciências Médicas de Dezful	Irão	The effect of group integrative reminiscence therapy on mental health among older women living in Iranian nursing homes O efeito da terapia de reminiscência integrativa na saúde mental de um grupo de mulheres idosas residentes em lares de idosos iranianos	Entre 60 e 84 anos	Total de participantes: 46 mulheres idosas. Capacidade cognitiva preservada (consciência do tempo, espaço e objetos) Permanência no lar de idosos por pelo menos 6 meses Não participação noutras terapias simultaneamente Excluídos participantes com transtornos físicos ou mentais graves, distúrbios cognitivos ou participação anterior em sessões de reminiscência	Número de sessões: 10 sessões Duração: 60 a 90 minutos, realizadas duas vezes por semana Temáticas e metodologias: As sessões abordaram temas como memórias da infância, família, eventos decisivos da vida, casamento, nascimento de filhos, experiências de guerra, e o significado da vida. Foram usadas fotografias e músicas antigas para evocar memórias e estimular reflexões	S/ nome	LR	TR Integrativa	Grupo	10	Questionário de Saúde Mental de Goldberg (Goldberg's General Health Questionnaire, GHQ-28)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

45	Nomura (2009) Osaka University of Human Sciences	Japão	Individual reminiscence therapy improves self-esteem for Japanese community-dwelling older adults A terapia de reminiscência individual melhora a autoestima de idosos residentes na comunidade no Japão	82.6	Total de participantes: 80 (23 homens e 57 mulheres). Idosos residentes na comunidade, que utilizavam serviços de day-care e que não apresentavam demência. Idosos capazes de participar em entrevistas de 1 hora e que frequentavam um centro de reabilitação diurna	Número de sessões: 5 a 6 sessões Duração: 30 a 60 minutos, realizadas uma vez por semana Temáticas e metodologias: A reminiscência seguiu um processo estruturado, utilizando o formulário "Life Review and Experiencing Form" (LREF), que direcionava a revisão cronológica das fases da vida dos participantes, explorando suas memórias de forma organizada. Não foram estipulados temas específicos para as sessões. "Life Review and Experiencing Form" (LREF) instrumento utilizado para estruturar as sessões de reminiscência. Principais informações sobre o LREF extraídas do artigo: O LREF foi utilizado como uma ferramenta para guiar as sessões de reminiscência de forma estruturada, assegurando que os participantes realizassem uma revisão cronológica das diferentes fases de suas vidas. Baseado na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1950), o LREF contém uma lista de 66 perguntas organizadas de acordo com as etapas do desenvolvimento humano. Essas perguntas foram usadas pelo facilitador para conduzir as sessões, ajudando a organizar a narrativa de vida dos participantes. O principal objetivo do uso do LREF é garantir que as sessões sigam uma linha temporal, culminando em uma reflexão sobre a vida inteira do participante na última sessão. Embora o LREF tenha ajudado a estruturar as sessões, os temas específicos das lembranças não foram impostos. Em vez disso, os participantes eram encorajados a compartilhar suas lembranças de maneira livre e fluida	S/ nome	LR		Individual	6	Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale) Escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS) Índice de satisfação com a vida (Life Satisfaction Index-A)
46	Nomura & Hashimoto (2006) Universidade de Ciências Humanas de Osaka (Osaka University of Human Sciences) e Universidade Doshisha (Doshisha University)	Japão	Group reminiscence therapy for Japanese elderly community Terapia de reminiscência num grupo para idosos da comunidade japonesa	82.6	Com um total de 48 idosos (22 no grupo de reminiscência e 26 no grupo de controle). Idosos residentes na comunidade que utilizavam um centro de bem-estar. Não foram detalhados explicitamente critérios de inclusão além do uso do centro de bem-estar e da participação voluntária no estudo	Número de sessões: 8 sessões. Duração: Cada sessão durava cerca de uma hora, realizada uma vez por semana. Temáticas e metodologias: As sessões seguiram uma ordem cronológica de temas, como "memórias da infância", "escola primária" e "brincadeiras". Materiais como revistas infantis e outras ilustrações eram usados para estimular as recordações. As sessões incluíam momentos de conversas e trocas de memórias entre os participantes	S/ nome	LR		Individual/grupo	6	Questionário de Saúde Geral (General Health Questionnaire, GHQ-28) Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) Escala de Satisfação com a Vida (Life Satisfaction Index-A) Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

48	Pinazo-Hernandi et al. (2022) Universidade de Valência (University of Valencia)	Espanha	Older Women's Loneliness and Depression Decreased by a Reminiscence Program in Times of COVID-19 A solidão e a depressão de mulheres idosas foram reduzidas por um programa de reminiscência durante a pandemia de COVID-19	88.4	Total de participantes: 34 mulheres idosas (14 no grupo de intervenção e 20 no grupo de controlo). Mulheres idosas residentes em lares de idosos durante o confinamento causado pela COVID-19. Critérios de inclusão: Mulheres com funções cognitivas preservadas ou comprometimento cognitivo leve (pontuações acima de 23 no Mini-Mental State Examination) que residiam no lar durante o confinamento	Número de sessões: 10 sessões Duração: 90 minutos por sessão, realizadas duas vezes por semana durante 6 semanas. Temáticas e metodologias: O programa de reminiscência envolveu temas como boas experiências, momentos decisivos, memórias da infância, adolescência e vida adulta, pessoas significativas, e o significado da vida. A terapia foi conduzida por um facilitador treinado e supervisionada por dois pesquisadores	S/ nome	LR		Grupo	10	Escala de Solidão de De Jong Gierveld (dJGLS) Escala de Depressão e Ansiedade de Goldberg (GADS) Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS) Nota: resultou numa redução significativa na percepção de solidão e depressão entre as participantes, além de aumentar a afetividade positiva. O impacto na solidão e na depressão foi sustentado até três meses após a intervenção
49	Pishvaei et al. (2015) Universidade de Ciências Médicas de Gonabad e Universidade Islâmica Azad, filial Parsabad Moghan	Irão	The Efficacy of Treatment Reminders of Life with Emphasis on Integrative Reminiscence on Self-Esteem and Anxiety in Widowed Old Men A eficácia da terapia de lembretes de vida com ênfase na reminiscência integrativa na autoestima e ansiedade de homens viúvos idosos	69.4	Total de participantes: 34 homens viúvos (17 no grupo experimental e 17 no grupo de controlo). Homens viúvos com idades entre 60 e 80 anos, sem comprometimento de memória, sem doenças crónicas físicas ou mentais graves. Critérios de exclusão: Ausência em três ou mais sessões, crises pessoais durante o período de intervenção, ou presença de perturbações mental ou problemas físicos graves	Número de sessões: 6 sessões. Duração: Cada sessão durava uma hora, realizada semanalmente. Temáticas e metodologias: As sessões abordaram temas como: momentos decisivos na vida, história familiar, carreira, experiências de amor e ódio, experiências stressantes, e o significado da vida. Os participantes compartilhavam memórias e, no final de cada sessão, tentavam dar novos significados às suas experiências, integrando-as na vida presente	S/ nome	LRT	TR Integrativa	Grupo	6	Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale) Questionário Geral de Ansiedade de Ahvaz

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

50	Rattenbury & Stones (1989) Memorial University of Newfoundland	Canadá	A Controlled Evaluation of Reminiscence and Current Topics Discussion Groups in a Nursing Home Context Uma avaliação controlada de grupos de discussão de reminiscências e tópicos atuais no contexto de lar de idosos	85.0 Idades entre 85 e 87 anos	Total de participantes: 24 residentes voluntários de um lar de idosos. Idosos residentes no lar, com capacidades visuais e auditivas adequadas, sem comprometimento cognitivo que pudesse interferir com a participação nas discussões	Número de sessões: 8 sessões. Duração: Cada sessão durava 30 minutos, realizadas duas vezes por semana durante 4 semanas. Temáticas e metodologias: experiências da infância, adolescência, memórias de trabalho, a Segunda Guerra Mundial, a Grande Depressão, avanços tecnológicos, casamento e criação de filhos, e memórias da vida adulta tardia. As discussões foram guiadas de forma a encorajar a participação de todos os membros	S/ nome	SR		Grupo	8	Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) Memorial University of Newfoundland Activities Inventory (MUNAI). Memorial University Mood Scale (MUMS). Stockton Geriatric Rating Scale (SGRS) nota: O programa de reminiscência e o grupo de discussão sobre tópicos atuais mostraram efeitos positivos significativos na melhoria da felicidade (medida pelo MUNSH) dos participantes
54	Rueda et al. (2021, healthy group) Universidade Católica de Ávila (Espanha), Pontifícia Universidade de Salamanca (Espanha), Universidade CETYS (México), Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal), e Universidade Bridgewater (EUA)	Espanha com a colaboração do México e Portugal	Improvement of the Quality of Life in Aging by Stimulating Autobiographical Memory Melhoria da Qualidade de Vida no Envelhecimento ao Estimular a Memória Autobiográfica	83.1	Total de participantes: 77 idosos com mais de 65 anos, distribuídos em três grupos (Envelhecimento Saudável - HA, Comprometimento Cognitivo Ligeiro - MCI, e Doença de Alzheimer - AD). Que residiam ou frequentavam centros de dia onde a intervenção foi realizada	Número de sessões: 12 sessões Duração: Uma hora por sessão, realizadas duas vezes por semana durante dois meses. Temáticas e metodologias: O programa REMPOS abordou temas como vida quotidiana, relações, trabalho, festas populares, memórias musicais e datas importantes, com foco em emoções positivas e reforço das interações sociais. As sessões incluíram atividades de reminiscência positiva e exercícios cognitivos tradicionais, como atenção, memória e resolução de problema. O REMPOS (Reminiscência Positiva) é um programa de intervenção baseado na terapia de reminiscência, cujo foco está na evocação de memórias autobiográficas positivas, com o objetivo de melhorar a saúde cognitiva e emocional de pessoas idosas. O REMPOS (Reminiscência Positiva) é um programa que se baseia na técnica de reminiscência positiva, mas, ao contrário das reminiscências simples, o REMPOS segue um formato mais estruturado. O programa REMPOS foi desenvolvido por Antonio Sánchez Cabaco, um dos autores do artigo, e faz parte de um protocolo de reminiscência positiva que foi inicialmente aplicado e testado em populações idosas nem Espanha. Noutros trabalhos de Sánchez Cabaco, o mesmo propõem o uso da reminiscência para otimizar o bem-estar em adultos mais velhos, promovendo a evocação de memórias positivas como uma ferramenta terapêutica não farmacológica.	Programa estruturado o de reminiscência positiva chamado REMPOS .	SR	TR Positiva	Grupo	12	Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Mini Exame Cognitivo (MEC); Escala de Depressão Geriátrica-30 (GDS-30); Índice de Satisfação de Vida para Adultos (LSI-A); Teste de Memória Autobiográfica (AMT) NOTA: O programa REMPOS resultou em melhorias significativas na função cognitiva e na evocação de memórias autobiográficas positivas para os participantes do grupo experimental. Houve também uma redução significativa dos sintomas depressivos no grupo de envelhecimento saudável.

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

55	Rueda et al. (2023, healthy) Universidade Católica de Ávila (Espanha), Universidade Pontifícia de Salamanca (Espanha), Universidade CETYS (México)	México com a colaboração de Espanha	Enhancement of quality of life in older people through positive reminiscence intervention: a pilot study Melhoria da qualidade de vida em pessoas idosas através da intervenção de reminiscência positiva: estudo piloto	76.2	Total de participantes: 67 idosos (24 no grupo de envelhecimento saudável, 22 com comprometimento cognitivo leve e 21 com Alzheimer). Pessoas com 65 anos ou mais, residentes em lares de idosos, com envelhecimento saudável, comprometimento cognitivo leve ou diagnóstico de Alzheimer	Número de sessões: 12 sessões. Duração: Cada sessão durava 1 hora, realizadas duas vezes por semana durante 2 meses. Temáticas e metodologias: O programa REMPOS incluiu temas como relações interpessoais, datas importantes, ocupações, música e memórias. A metodologia incluía a evocação de memórias positivas e a interação social entre os participantes	REMPOS	SR	TR Positiva	Grupo	12	Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Mini-Mental State Examination (MEC) Geriatric Depression Scale (GDS) Life Satisfaction Index for the Elderly (LSI-A) Autobiographical Memory Test (AMT)
----	---	-------------------------------------	---	------	---	---	--------	----	-------------	-------	----	--

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

56	Sabir et al. (2016) Estados Unidos, Binghamton University e Cornell University	Estados Unidos	Attachment-Focused Integrative Reminiscence with Older African-Americans: A Randomized Controlled Intervention Study Reminiscência Integrativa Focada no Apego com Afro-Americanos Idosos: Um Estudo de Intervenção Controlado e Randomizado	72,0, com desvio padrão de 8 anos	Total de participantes: 62 idosos afro-americanos, com 60 anos ou mais, que falavam inglês e que não apresentavam sintomas significativos de comprometimento cognitivo, visual ou auditivo. Todos os participantes eram de ascendência africana, 90% eram mulheres	Número de sessões: 8 sessões. Duração: Cada sessão teve a duração de 2 horas, realizada uma vez por semana durante 8 semanas. Temáticas e metodologias: As sessões focaram em experiências de apego não resolvidas ao longo da vida dos participantes, utilizando perguntas do Life Review and Experiencing Form (LREF). As perguntas guiaram os participantes através de cada estágio de desenvolvimento de Erik Erikson, com ênfase na integração de experiências negativas de apego. O Attachment-Focused Integrative Reminiscence (AFIR) , apresentado no artigo, é uma intervenção terapêutica baseada na técnica de reminiscência integrativa, com um foco especial em experiências de apego não resolvidas ao longo da vida. Este método combina a revisão de vida com a integração emocional de memórias de apego que geraram conflitos internos e não foram adequadamente processadas ou resolvidas. O AFIR foi criado para ajudar os participantes a trabalhar e integrar essas memórias de apego, promovendo a saúde mental e bem-estar emocional, especialmente em populações mais vulneráveis, como os idosos. Principais características do AFIR: Foco nas experiências de apego não resolvidas: O AFIR difere de outras formas de reminiscência ao focar especialmente em memórias de relacionamentos interpessoais onde houve ruptura de confiança ou segurança emocional, mas essas experiências nunca foram devidamente processadas ou integradas. Essas memórias estão relacionadas a experiências de apego, como perdas, abandono, falta de carinho, entre outras. Processo terapêutico: Os participantes são guiados a revisitar, analisar e integrar memórias ligadas ao apego, especialmente aquelas relacionadas a perdas ou sentimentos de abandono. A ideia central é que, ao revisitar essas memórias e processar as emoções associadas, os participantes possam experimentar um tipo de reparação emocional ou integração, promovendo uma maior sensação de bem-estar.	Attachment-Focused Integrative Reminiscence (AFIR)	LR	TR de trauma	Grupo	8	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Perceived Stress Scale (PSS) Sense of Coherence Scale (SOC) Self-Efficacy Scale Self-Acceptance Scale e Loyola Generativity Scale nota: O programa resultou numa redução significativa nos níveis de depressão e stresse percebido no grupo de intervenção, em comparação com o grupo de controle. Além disso, houve uma redução nas visitas às salas de emergência por parte dos participantes do grupo de intervenção seis meses após a intervenção.
----	---	----------------	---	-----------------------------------	--	---	---	----	--------------	-------	---	--

[illegible]

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

57	Scates et al. (1985) University of Southern Mississippi e Community Mental Health Center, Mendenhall, Mississippi	Estados Unidos	Effects of Cognitive-Behavioral, Reminiscence, and Activity Treatments on Life Satisfaction and Anxiety in the Elderly Efeitos de Tratamentos Cognitivo-Comportamentais, de Reminiscência e de Atividade na Satisfação com a Vida e Ansiedade em Idosos	75.1	Total de participantes: 50 idosos, voluntários de um programa rural para idosos, com capacidade auditiva para participar de um grupo, sem uso de medicação antipsicótica e classificados como "seniores" (65 anos ou mais).	Número de sessões: 6 sessões para cada grupo (cognitivo-comportamental, reminiscência e atividades). Duração: As sessões duravam 1 hora e eram realizadas duas vezes por semana, ao longo de três semanas. Temáticas e metodologias: O grupo de reminiscência seguiu um formato que incluía discussões sobre o passado. As atividades consistiam em recreação escolhida pelos membros do grupo, enquanto o grupo cognitivo-comportamental focou-se em substituir pensamentos negativos por positivos, por meio de discussões e role-playing	S/ nome	SR	TR com role-playing	Grupo	6	Life Satisfaction Index A (LSIA) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
58	Schmidt et al. (2018) Ernst-Moritz-Arndt-University of Greifswald	Alemanha	Writing interventions in older adults and former children of World War II: impact on quality of life and depression Intervenções de escrita em adultos mais velhos e ex-crianças da Segunda Guerra Mundial: impacto na qualidade de vida e depressão	73.9 Idades entre 64 e 90 anos	Total de participantes: 119 idosos participaram inicialmente, e 85 completaram o estudo. Adultos mais velhos que viveram a infância ou adolescência na Segunda Guerra Mundial durante a residir na comunidade. O estudo excluiu pessoas com comprometimento cognitivo ou que estavam em tratamento psicológico ativo	Número de sessões: O programa durou 6 semanas. Duração: Os participantes foram instruídos a escrever pelo menos 4 vezes por semana. Temáticas e metodologias: Foram utilizados três tipos de intervenções de escrita: Escrita biográfica estruturada: Os participantes escreviam as suas biografias seguindo uma ordem cronológica com perguntas estruturadas para guiar a as memórias, incluindo temas como infância, juventude, vida adulta e reflexões sobre o futuro. Escrita biográfica não estruturada: Os participantes escreveram as suas biografias sem orientação específica. Escrita de diário: Os participantes relataram as suas experiências diárias sem foco específico em biografia	S/ nome	SR	TR com Escrita	Individual	24	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) EUROHIS-QOL 8-item 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

59	Sheykhi et al. (2020) Universidade de Ciências Médicas de Zahedan	Irão	Effect of Reminiscence Therapy on Death Anxiety in Retired Elderly Men: An Interventional Study Efeito da Terapia de Reminiscência na Ansiedade de Morte em Homens Idosos Reformados: Um Estudo de Intervenção	68.0 Idades entre 60 e 75 anos	Total de participantes: 90 homens reformados do exército, divididos em dois grupos (45 no grupo de intervenção e 45 no grupo de controlo), pontuação cognitiva maior que 7 no Teste Mental Abreviado (AMTS).	Número de sessões: 6 sessões. Duração: 45 a 60 minutos, realizadas duas vezes por semana, durante três semanas. Temáticas e metodologias: A terapia de reminiscência foi baseada em eventos importantes da vida, como memórias familiares, experiências ocupacionais, eventos stressantes, e o significado da vida. As sessões foram realizadas em grupo, com cada participante tendo 5-7 minutos para partilhar as suas memórias	S/ nome	SR		Grupo	6	Escala de Ansiedade de Morte de Templer (1970), composta por 15 itens avaliados numa escala Likert de 5 pontos Nota: No grupo de intervenção, a pontuação média de ansiedade de morte reduziu de 25,37 para 9,09 após a intervenção (P < 0,0001), enquanto no grupo de controlo, a pontuação permaneceu praticamente inalterada
60	Shellman et al. (2009) Yale University e University of Connecticut	Estados Unidos	The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptoms in Older African Americans Os Efeitos da Reminiscência Integrativa nos Sintomas Depressivos em Afro-Americanos Idosos	72.6	Total de participantes: 56 idosos afro-americanos (43 mulheres e 13 homens). Idosos afro-americanos que viviam na comunidade, com idades acima de 60 anos e com capacidade cognitiva para participar das sessões	Número de sessões: 8 sessões. Duração: 45 minutos, uma vez por semana. Temáticas e metodologias: As sessões abordaram memórias de infância, vida familiar, tradições religiosas, primeiros trabalhos e momentos de mudanças significativas. A reminiscência foi facilitada por meio de um questionário desenvolvido pela principal investigadora. Os profissionais ajudavam os participantes a reformular pensamentos depressivos, destacando suas capacidades e estratégias	S/ nome	LR	TR Integrativa	Individual	8	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

63	Stinson & Kirk (2006) Lamar University, Beaumont, Texas	Estados Unidos	Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women Reminiscência estruturada: uma intervenção para diminuir a depressão e aumentar a autotranscendência em mulheres idosas	81.8 Idades entre 72 e 96 anos	Total de participantes: 24 mulheres idosas. Mulheres com 60 anos ou mais, residentes em uma instalação de vida assistida no sudeste do Texas. Critérios de exclusão incluíam risco elevado de suicídio, abuso de álcool ou drogas, transtornos psiquiátricos diagnosticados além de depressão, ou comprometimento cognitivo significativo	Número de sessões: 12 sessões (duas por semana durante seis semanas). Duração: 1 hora por sessão. Temáticas e metodologias: As sessões de reminiscência estruturada envolveram discussões sobre eventos passados, com o objetivo de integrar experiências passadas e promover autotranscendência . A autotranscendência é descrita como uma expansão multidimensional do eu, que pode se dar em três direções principais: interna, externa e temporal. Essa expansão envolve ir além de si mesmo, conectando-se de forma mais profunda com os outros, com o mundo ao redor e com uma dimensão espiritual ou existencial. Em termos mais simples, autotranscendência refere-se à capacidade de uma pessoa de transcender seus próprios limites, encontrar um significado mais profundo na vida e se sentir conectada com algo maior, como a humanidade, a natureza ou o universo. A autotranscendência é frequentemente associada à melhoria do bem-estar psicológico e físico, especialmente em idosos. Segundo o artigo, pesquisas anteriores mostraram uma correlação inversa entre autotranscendência e depressão. Ou seja, níveis mais altos de autotranscendência estão frequentemente ligados a níveis mais baixos de sintomas depressivos. A ideia de que a autotranscendência pode ser estimulada através de intervenções, como a reminiscência estruturada, que promove a reflexão sobre o passado de forma a ajudar as pessoas a encontrarem um novo significado para suas experiências de vida, o que contribui para a melhoria de sua saúde mental e emocional. O conceito de autotranscendência foi desenvolvido pela enfermeira e teórica norte-americana Pamela G. Reed . Ela introduziu o termo no contexto da sua teoria de autotranscendência, que é uma das teorias mais significativas no campo da enfermagem gerontológica . Reed propôs que a autotranscendência é um processo natural que ocorre com o envelhecimento, onde os indivíduos começam a expandir as suas percepções e conexões com o mundo, consigo mesmos e com o tempo (passado, presente e futuro). Segundo a teoria de Reed, a autotranscendência pode ser um recurso importante para lidar com os desafios do envelhecimento e está associada ao aumento do bem-estar emocional e físico, além de promover a aceitação da mortalidade. Reed descreveu quatro estratégias para promover a autotranscendência: (1) conectar-se com outras pessoas que tenham preocupações semelhantes, (2) participar em atividades altruístas, (3) examinar abordagens cognitivas e (4) expressar uma perspectiva espiritual	S/ nome	SR	Autotranscendência	Grupo	12	Geriatric Depression Scale (GDS) Self-Transcendence Scale (STS) para avaliar a autotranscendência
----	--	----------------	---	---------------------------------------	--	---	---------	----	--------------------	-------	----	--

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

64	Stinson et al. (2010) Estados Unidos, Lamar University, Texas Woman's University, e Walker Consulting	Estados Unidos	Use of a Structured Reminiscence Protocol to Decrease Depression in Older Women Uso de um Protocolo de Reminiscência Estruturada para Diminuir a Depressão em Mulheres Idosas	82.5 Idades Entre 63 e 97 anos	Total de participantes: 47 mulheres idosas. Mulheres com 60 anos ou mais, residentes em instalações de vida assistida no sudeste do Texas, capazes de segurar um lápis/caneta e escrever por curtos períodos de tempo, capazes de fornecer consentimento próprio e que falassem inglês	Número de sessões: 12 sessões. Duração: 1 hora de duração, realizada duas vezes por semana durante 6 semanas. Temáticas e metodologias: As sessões de reminiscência incluíam temas como lembranças pessoais, músicas do passado, memórias de família e atividades ocupacionais. Cada sessão focava em temas que incentivavam os participantes a compartilhar memórias e refletir sobre eventos importantes de suas vidas. Principais Características do Protocolo Stinson (2009), este protocolo baseia-se em princípios de reminiscência e intervenções terapêuticas cognitivo-comportamentais e foi aplicado no contexto do estudo para avaliar os seus efeitos na saúde mental.	S/ nome	SR		Grupo	12	Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS)
----	---	----------------	--	---------------------------------------	--	--	---------	----	--	-------	----	---

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

65	Syed Elias et al. (2020)Malásia, International Islamic University Malaysia (Malásia), The University of Queensland (Austrália), University of Southern Queensland (Austrália)	Malásia com a colaboração da Austrália	The effectiveness of spiritual reminiscence therapy for older people with loneliness, anxiety and depression in Malaysia A eficácia da terapia de reminiscência espiritual para pessoas idosas com solidão, ansiedade e depressão na Malásia	67.0 Idade mínima: 60 anos-Idade máxima: 71 anos	Total de participantes: 34. Residentes permanentes numa instituição de cuidados para idosos na Malásia. Com idade de 60 anos ou mais. Falam e entendem o idioma malaio. Cognitivamente intactos, sem antidepressivos ou ansiolíticos, ou estavam com condições estabilizadas por pelo menos três meses	Duração: 6 semanas, com sessões de 60 a 90 minutos, uma vez por semana Temas abordados:Significado da vida, Relacionamentos e isolamento, Medos, esperanças e preocupações, Envelhecimento e transcendência, Crenças espirituais e religiosas, Práticas espirituais e religiosas Metodologia: Uso de gatilhos culturais, como imagens e histórias Exemplos Práticas espirituais e religiosas (Semana 6):Os participantes partilharam memórias de práticas espirituais e religiosas, como momentos de oração, meditação ou participação em cerimônias religiosas.Também foi discutido como é que essas práticas lhes forneceram um sentido de propósito e ajudaram a encontrar significado nas suas vidas.Esperanças e medos sobre o futuro (Semana 3):Embora não seja exclusivamente espiritual, este tópico abordou preocupações existenciais e espirituais sobre o envelhecimento, saúde, e a busca de transcendência .Os participantes refletiram sobre medos e ansiedades em relação ao futuro, muitas vezes relacionando as preocupações à sua fé e esperança no futuro e após a morte.	Programa de reminiscência espiritual (SRT) de Mackinlay e Trevitt (2006)	SR	TR e espiritualidade	Grupo	6	UCLA Loneliness Scale (Escala de Solidão UCLA) Geriatric Anxiety Scale (GAS)Malay version of the Geriatric Depression Scale (M-GDS-14)Mini-Cog
67	Terrero (2016) República Dominicana, Universitat de València (Espanha) e Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana)	República Dominicana com a colaboração de Espanha	Reminiscence in non-institutionalized older adults in the Dominican Republic: Follow-up of an intervention Reminiscência em adultos maiores não institucionalizados na República Dominicana: Acompanhamento de uma intervenção	73.1 Idade mínima: 60 anos-Idade máxima: Não especificada	Total de participantes: 36. Adultos maiores não institucionalizados da República Dominicana Idade mínima de 60 anos Cognitivamente intactos (segundo avaliações prévias) Não apresentavam doenças psiquiátricas graves Disposição para participar no estudo	Número de sessões: 8 sessões Duração: 90 minutos Temáticas: As sessões abordaram temas como eventos de vida significativos, memórias felizes, dificuldades superadas, entre outros.	S/ nome	SR		Grupo	10	Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

69	Viguer et al. (2017) República Dominicana, Universidade de Valência (Espanha) e Universidade Autônoma de Santo Domingo (República Dominicana)	República Dominicana com a colaboração de Espanha	A Follow-Up Study of a Reminiscence Intervention and Its Effects on Depressed Mood, Life Satisfaction, and Well-Being in the Elderly Estudo de acompanhamento de uma intervenção de reminiscência e os seus efeitos sobre o humor deprimido, a satisfação com a vida e o bem-estar em idosos	73.1 Idade mínima de 65 anos Idade máxima: Não especificada	Total de participantes: 160 idosos (80 no grupo de intervenção e 80 no grupo de controle). Não institucionalizados Sem comprometimento cognitivo (pontuação igual ou superior a 24 no MEC) Sem depressão clínica (pontuação igual ou inferior a 14 na GDS, versão espanhola) Todos deram consentimento informado	Número de sessões: 10 sessões semanais Duração: 2 horas Temáticas: Introdução à reminiscência e explicação do ciclo de vida Coisas diárias e lembranças de lugares importantes Relações interpessoais Datas importantes (casamentos, aniversários) Festividades populares Cinema e publicidade antiga Profissões e trabalhos realizados Jogos tradicionais Lembranças dos avós e objetos antigos Musicoterapia e emoções evocadas Metodologias: As sessões envolviam exercícios estruturados, como debates, desenhos, visualização de vídeos, música e manipulação de objetos antigos para evocar memórias.	S/ nome	SR		Grupo	10	Geriatric Depression Scale (GDS-30, versão espanhola) Life Satisfaction Index-A (LSI-A) Psychological Well-Being Scales (PWBS) nota: A intervenção de reminiscência resultou em uma redução significativa do humor deprimido e um aumento na satisfação com a vida e no bem-estar psicológico no grupo de intervenção. Os efeitos da intervenção foram mantidos após três meses, especialmente em termos de satisfação com a vida e algumas dimensões do bem-estar psicológico, como o domínio ambiental e o crescimento pessoal. No entanto, os efeitos sobre o humor deprimido diminuíram ao longo do tempo, sugerindo que os efeitos da intervenção são mais sustentáveis para a satisfação com a vida e o bem-estar geral do que para a depressão.
----	--	---	---	---	---	--	---------	----	--	-------	----	--

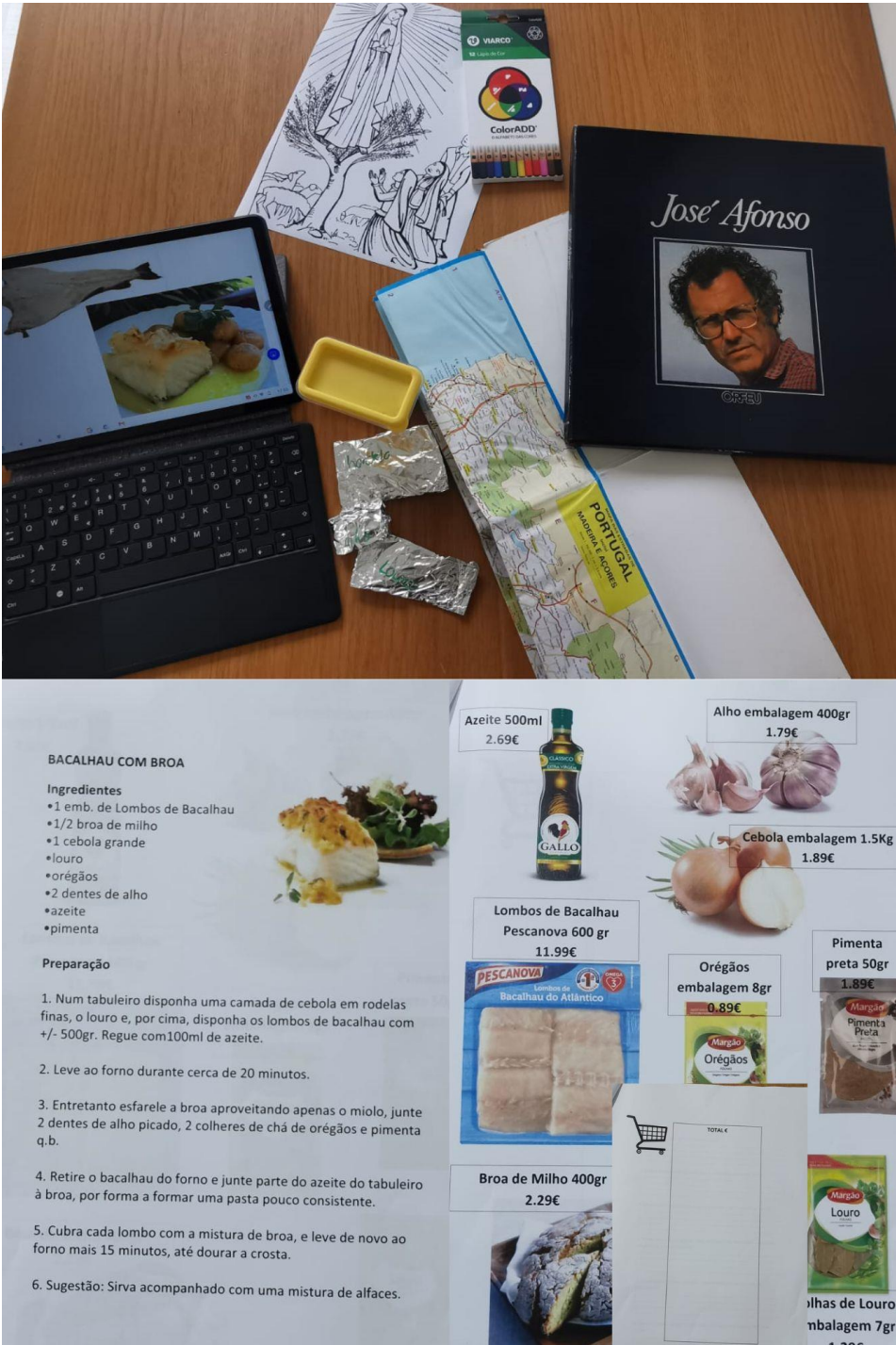
Programas de Reminiscências: Relatório de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

70	Wang J.J. (2005) Taiwan, Fooyin University	China	The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan Os efeitos da reminiscência nos sintomas depressivos e no estado de humor de adultos mais velhos institucionalizados em Taiwan	75.6 Idade mínima: 65 anos-Idade máxima: 93 anos	Total de participantes: 48 Idade mínima de 65 anos Capazes de se comunicar verbalmente Capazes de falar mandarim ou taiwanês Sem comprometimento cognitivo óbvio Residentes em instituições de cuidados de longa duração em Taiwan, sem tratamentos prévios de reminiscência ou revisão de vida	Número de sessões: encontros semanais durante 4 meses. Duração: Cada sessão durava entre 30 e 45 minutos. Metodologia: Terapia de reminiscência individual, na qual os participantes eram incentivados a recordar eventos passados importantes, como experiências de infância, casamento, vida familiar, guerra e empregos. Eram utilizados materiais evocativos, como fotografias antigas, músicas antigas e programas de rádio para estimular as lembranças e facilitar a interação entre o investigador e o participante. No estudo foi utilizado um programa de reminiscência não estruturado, o que significa que não havia um formato rígido ou um conjunto predeterminado de tópicos ou atividades a serem seguidos em cada sessão. As sessões foram conduzidas de maneira mais flexível, permitindo que os participantes patilhassem memórias livremente, conforme fossem encorajados a lembrar de eventos importantes	S/ nome	SR	TR Livre?	Individual	17	Geriatric Depression Scale short form (GDS-SF) Apparent Emotion Rating Scale (AER)
72	Westerhof et al. (2018)Países Baixos (Holanda), University of Twente (Holanda), em colaboração com Livio e Liberein, organizações de cuidado nos Países Baixos.	Holanda	Precious memories: A randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes Memórias preciosas: Ensaio controlado randomizado sobre os efeitos de uma intervenção de memória autobiográfica realizada por voluntários treinados em lares residenciais	84.2 Idade mínima: 60 anos-Idade máxima: 98 anos	Total de participantes: 86 idosos. Residir em lares de cuidados, com motivação para participar no estudo. Exclusão de participantes com comprometimento cognitivo grave (pontuação no MMSE ≤18), episódio depressivo severo, risco de suicídio ou que começaram a tomar antidepressivos nos últimos três meses	Número de sessões: 5 sessões individuais Duração das sessões: 45 minutos e ocorria semanal ou quinzenalmente, ao longo de um período máximo de 8 semanas. Temáticas:Infância (0-12 anos), Adolescência (12-18 anos), Vida adulta (18+ anos), Sessão final: Revisão geral da história de vida. As sessões envolviam perguntas específicas para estimular memórias positivas (ex.: "Quando era criança, tinha algum amigo com quem brincava muito? Lembra-se de um momento especial?").	"Precious Memories" (Memórias Preciosas), adaptado de uma intervenção desenvolvida por Serrano et al. (2004) para aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas.	SR	TR positiva	Individual	5	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-8) Autobiographical Memory Test (AMT) (HADS-A), solidão (Escala de Solidão de De Jong-Gierveld), bem-estar (MHC-SF), domínio ambiental (PMS)

APÊNDICE 2 - CRONOGRAMA E ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: TR NA PESSOA IDOSA



APÊNDICE 3 – MATERIAL DE APOIO A SESSÃO: TR NA PESSOA IDOSA



APÊNDICE 4 - PLANO DE SESSÃO: CUIDADORES FORMAIS



Plano de Sessão

Sessão de sensibilização: A importância da saúde mental no ato de cuidar e do autocuidado em saúde mental.		Data: 26/09/2024 Hora: 17h		
Público-alvo: Cuidadores formais		Duração: 1h		
Formadores: EESMP				
Objetivos Gerais:				
• Capacitar os cuidadores formais sobre a importância da saúde mental no ato de cuidar • Promover a adoção da prática de estratégias para melhorar o autocuidado e o bem-estar emocional				
Objetivos Específicos:	Metodologia	Estratégias e Técnicas Didáticas	Recursos Didáticos	Avaliação
• Capacitar os cuidadores formais sobre a importância da saúde mental no ato de cuidar dos seus utentes, garantindo o encaminhamento adequado para serviços especializados em saúde mental. • Identificar sinais de sofrimento emocional nos utentes, facilitando a referência para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico especializado. • Incentivar a reflexão sobre a importância do autocuidado emocional • Ensinar estratégias de Autocuidado e promoção da saúde mental nos cuidadores. • Promover a utilização de estratégias de redução do stress, prevenção do burnout e promoção do bem-estar emocional • Partilhar estratégias práticas de autocuidado que promovam a saúde mental e o bem-estar dos cuidadores, contribuindo para a sua resiliência emocional.	Expositivo Ativo	Interação com os participantes com dinâmicas e exercícios práticos	Computador, projetor Colunas de som Papel	A avaliação será realizada por observação direta Questionário de satisfação

/ /

APÊNDICE 5 – FOLHETO PARA CUIDADORES FORMAIS

A importância da saúde mental no ato de cuidar

Como ajudar de forma prática de ajudar utentes em sofrimento emocional. Um apoio imediato, não invasivo e não terapêutico.

Respondendo às necessidades emocionais e sociais dos utentes, proporcionando uma oportunidade de capacitá-los a usar os seus próprios recursos emocionais.

Requer que se preste atenção às reações do utente, ouvir com atenção, de forma empática e segura.

QUEM?	Qualquer pessoa, incluindo voluntários, prestadores de cuidados e membros da comunidade em geral. Não depende da experiência de especialistas em saúde mental ou psicólogos profissionais. Aprender a reconhecer alguns sinais de sofrimento emocional permite que qualquer pessoa saiba como responder de maneira solidária às pessoas em perigo e/ou sofrimento emocional.
QUANDO?	Para quem está em sofrimento e que precisa de ajuda, os primeiros socorros emocionais podem ser suporte emocional e uma forma prática de apoio , para que o utente se possa acalmar com o objetivo de manter o controlo emocional .
ONDE?	Podem ser prestados em qualquer ambiente seguro e confortável para o prestador e para o utente. Preferencialmente num ambiente tranquilo e calmo, é essencial não esquecer a confidencialidade e privacidade do utente
COMO?	Observar: - O que aconteceu e está a acontecer; - Identificar quem precisa de ajuda; - Identificar riscos e necessidades imediatas; - Reconhecer as reações emocionais. Ouvir: - Prestar atenção e ouvir ativamente; - Aceitar os sentimentos; - Acalmar o utente e pergunta sobre necessidades e preocupações; - Ajudar a encontrar soluções para suas necessidades e preocupações. Elemento de ligação: - Contactar com familiares e suporte social; - Ajudar a resolver problemas práticos e imediatos; - Ajudar no acesso a informações e serviços de ajuda específica;

ESTAR ATENTO, alguns sinais

- Tristeza, culpa raiva, medo, irritabilidade;
 - Dificuldade em expressar emoções;
 - Sentimentos de luto/ pesar;
 - Insegurança e preocupação exageradas;
 - Agitação e estar hiperalerta;
- Atenção dispersa, dificuldade na tomada de decisão;
 - Descrença, negação, confusão e desorientação;
 - Alterações de memória, alienação;
 - Desconfiança exagerada;
 - Fadiga severa e insónia;
 - Alterações de apetite.

Exemplo prático: "Ao prestar os cuidados de higiene a um utente apercebe-se que este, parece retraído, agitado e irritado, comportamentos atípicos para aquele utente, o cuidador pode iniciar uma conversa tranquila e com voz calma, perguntar como ele está? o que está a sentir? e ajudar a expressão por parte do utente."

Autocuidado e Promoção da saúde mental

Ajudar com responsabilidade inclui cuidar da sua própria saúde mental, através de estratégias que promovem a saúde mental.

ESTRATÉGIA DO ABRAÇO	ESTRATÉGIA DAS RAIZES	ESTRATÉGIA CAIXA DE PENSAMENTOS
Se sentir sobrecarregado emocionalmente, tente parar alguns minutos e utilizando as mãos e os braços, abraçe-se. O abraço é considerado calmante para muitas pessoas que pode ser utilizado a qualquer momento e situação de maior pressão.	Pode utilizar sapatos rasos mas preferencialmente faça este exercício sem sapatos. De pé alinhe corretamente os pés com o seu corpo numa posição confortável, se preferir pode fechar os olhos e imagine que está a criar raízes no solo a partir da solas dos pés. Pode balançar-se suavemente mantendo sempre os pés bem firmes no chão, para evitar que as "raízes da árvore se partam"	Ter pensamentos invasivos é comum quando nos sentimos sobrecarregados emocionalmente. É importante ter autocontrolo sobre os nossos próprios pensamentos. Numa posição confortável, feche os olhos e imagine uma caixa bonita e resistente. Coloque-lhe uma fechadura sólida e forte. Coloque todos os pensamentos intrusivos dentro da caixa e feche-a bem. Tente manter os pensamentos fechados como se não os conseguisse voltar a "ver, ouvir e sentir"

APÊNDICE 6 – APRESENTAÇÃO PPT CUIDADORES FORMAIS



Importância da saúde mental no ato de cuidar

Primeiros Socorros Emocionais, quem pod realizar? Qualquer pessoa, incluindo voluntários, prestadores de cuidados e membros da comunidade em geral. Não depende da experiência de especialistas em saúde mental ou psicólogos profissionais.

Aprender a reconhecer alguns sinais de sofrimento emocional permite que qualquer pessoa saiba como responder de maneira solidária às pessoas em perigo e/ou sofrimento emocional.

Sinais a Observar

- Tristeza, culpa, raiva, medo, irritabilidade
- Dificuldade em expressar emoções
- Sentimentos de luto/ pesar
- Insegurança e preocupação exageradas
- Agitação e estar hiperalerta
- Atenção dispersa, dificuldade na tomada de decisão
- Descrença, negação, confusão e desorientação
- Alterações de memória, alienação
- Desconfiança exagerada
- Fadiga severa e insónia
- Alterações de apetite

The illustration shows a white silhouette of a human head in profile against a light blue background. Inside the head, a purple wire is coiled into a brain-like shape. A hand is visible on the left, holding the wire where it enters the head. Another hand is on the right, near the head. The entire graphic is set against a yellow background with a white cloud-like shape on the right.

PARA QUEM E ONDE?

Para quem está em sofrimento e que precisa de ajuda, os primeiros socorros emocionais podem ser suporte emocional e uma forma prática de apoio, para que o utente se possa acalmar com o objetivo de manter o controlo emocional.

Podem ser prestados em qualquer ambiente seguro e confortável para o prestador e para o utente. Preferencialmente num ambiente tranquilo e calmo, é essencial não esquecer a confidencialidade e privacidade do utente.

COMO?

Os primeiros socorros emocionais são uma forma prática de ajudar utentes em sofrimento emocional. Um apoio imediato, não invasivo e não terapêutico.

Requer que se preste atenção às reações do utente, ouvir com atenção, de forma empática e segura.

COMO FAZER?



Observar:

- O que aconteceu e está a acontecer;
- Identificar quem precisa de ajuda;
- Identificar riscos e necessidades imediatas;
- Reconhecer as reações emocionais.



Ouvir:

- Prestar atenção e ouvir ativamente;
- Aceitar os sentimentos;
- Acalmar o utente e pergunta sobre necessidades e preocupações;
- Ajudar a encontrar soluções para suas necessidades e preocupações.



Elemento de ligação:

- Contactar com familiares e suporte social;
- Ajudar a resolver problemas práticos e imediatos;
- Ajudar no acesso a informações e serviços de ajuda específica;

EXEMPLO PRÁTICO



"Ao prestar os cuidados de higiene a um utente apercebe-se que este, parece retraído, agitado e irritado, comportamentos atípicos para aquele utente, o cuidador pode iniciar uma conversa tranquila e com voz calma, perguntar como ele está? o que está a sentir? e ajudar a expressão por parte do utente."

JÁ CUIDOU DE SI HOJE?

AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL



AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Ajudar com responsabilidade inclui cuidar da sua própria saúde mental., através de estratégias que promovem a saúde mental.



ESTRATÉGIA DAS RAIZES

Pode utilizar sapatos rasos mas preferencialmente faça este exercício sem sapatos. De pé alinhe corretamente os pés com o seu corpo numa posição confortável, se preferir pode fechar os olhos e imagine que está a criar raízes no solo a partir da solas dos pés. Pode balançar-se suavemente mantendo sempre os pés bem firmes no chão, para evitar que as “raízes da árvore se partam”



ESTRATÉGIA DO ABRAÇO

Se sentir sobrecarregado emocionalmente, tente parar alguns minutos e utilizando as mãos e os braços, abrace-se. O abraço é considerado calmante para muitas pessoas que pode ser utilizado a qualquer momento e situação de maior pressão.



ESTRATÉGIA CAIXA DE PENSAMENTOS

Ter pensamentos invasivos é comum quando nos sentimos sobrecarregados emocionalmente. É importante ter autocontrolo sobre os nossos próprios pensamentos. Numa posição confortável, feche os olhos e imagine uma caixa bonita e resistente. Coloque-lhe uma fechadura sólida e forte. Coloque todos os pensamentos intrusivos dentro da caixa e feche-a bem. Tente manter os pensamentos fechados como se não os conseguisse voltar a “ver, ouvir e sentir”



OBRIGADA



Referências Bibliográficas

Organização Mundial da Saúde. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Organização Mundial da Saúde. ISBN 978 92 4 154820 5

Cruz Vermelha Portuguesa. (n.d.). Projeto EU4Health para promover a saúde mental e o bem-estar. <https://www.cruzvermelha.pt>

APÊNDICE 7– CRONOGRAMA E ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: TR ADULTO

CRONOGRAMA



APÊNDICE 8 – PROCEDIMENTO DE ACOLHIMENTO AO UTENTE COM COMPORTAMENTO ADITIVO E CONSULTA DE ENFERMAGEM

		N.º / Revisão – 01
		Página 1 de 5
Tipo de documento: Procedimento		Data – 25/10/2024
Nome: Acolhimento ao utente com Comportamento Aditivo e Consulta de Enfermagem		
Elaborado/ Revisto em: __/__/____	Aprovado em __/__/____	Doc. Revogados __/__/____

1. Âmbito

Este procedimento aplica-se no âmbito do processo de acolhimento de utentes em contexto de Consulta de Enfermagem nas Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas (CRI-ET), com o objetivo de padronizar e orientar os enfermeiros envolvidos. Servindo com documento orientador para garantir a uniformidade na prestação de cuidados durante o acolhimento, assegurando que as intervenções estejam alinhadas com as boas práticas, promovendo uma abordagem integrada e centrada no utente desde a sua primeira consulta até o seguimento em equipa multidisciplinar.

2. Objetivos

Uniformizar procedimentos relativos ao processo e acolhimento do utente, nomeadamente na primeira consulta de enfermagem. Contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade do serviço, com base em práticas de qualidade.

3. Referências

- E4 Nursing. (2024). E4 Nursing - Escola Superior de Enfermagem do porto. <https://e4nursing.esenf.pt/>
- ICAD - Instituto Clínico de Artes e Diagnóstico. (2024.). <https://www.icad.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem 2020-2023. https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

4. Definições

Esta instituição de Comportamentos Aditivos e Dependências, tem por missão prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios.

Como tal as Equipas de Tratamento constituintes dos Centros de Respostas Integradas, nomeadamente os enfermeiros consideram parte essencial do processo as consultas de acolhimento ao utente, podendo estas terem impacto positivo e facilitador no tratamento do utente.

Assim parece pertinente analisar a fundamentação sobre a Consulta de Enfermagem, do parecer do conselho de enfermagem nº 53/2021, adaptando algumas definições para o contexto em questão. O mesmo considera que a consulta de enfermagem deve assentar em orientações internacionais e nacionais, que visam as boas práticas e que se encontram plasmadas em documentos emitidos por diversas entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Salientando ainda o seguinte, o enfermeiro é responsável pela realização da consulta de enfermagem, recorrendo a metodologia científica, processo de enfermagem, do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique. Como tal, tem por base a avaliação efetuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção de enfermagem.

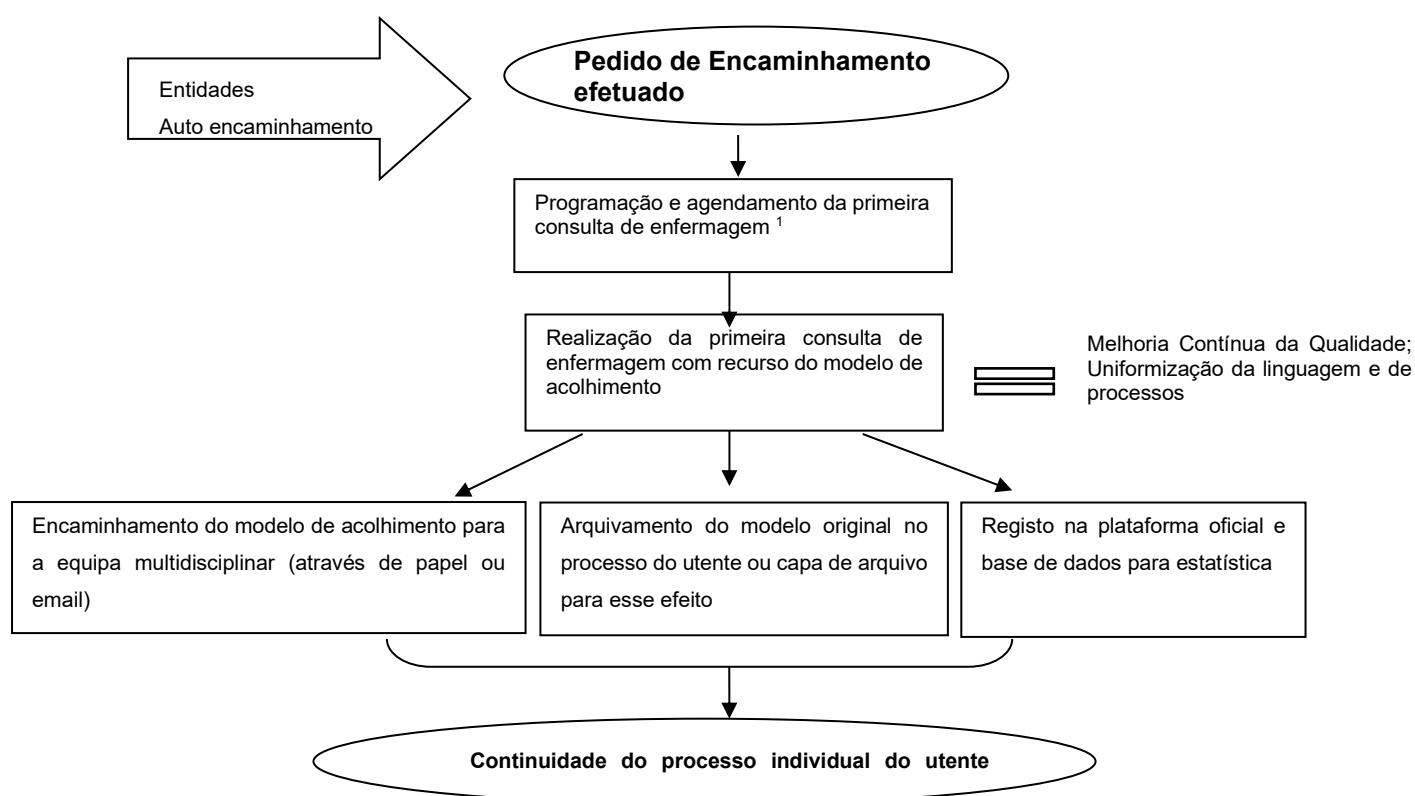
A consulta de enfermagem visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida. A criação de consulta de enfermagem, sendo da responsabilidade do enfermeiro, requer que toda a equipa esteja envolvida e, assim, motivada e disponível.

Responsabilidades

Este procedimento é da responsabilidade dos enfermeiros integrados nas equipas de tratamento (ET) dos Centros de Respostas Integradas (CRI), das Unidades de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos e Dependências.

Fluxograma e Descrição

O fluxograma apresentado descreve a operacionalização da consulta de enfermagem:



1 – A disponibilidade agendamento é da autonomia das equipas e devem ser adaptadas de acordo com as necessidades de cada CRI nos diferentes concelhos.

5. Destinatários

Este procedimento destina-se a todos os enfermeiros que realizam acolhimento do utente em contexto de CRI-ET.

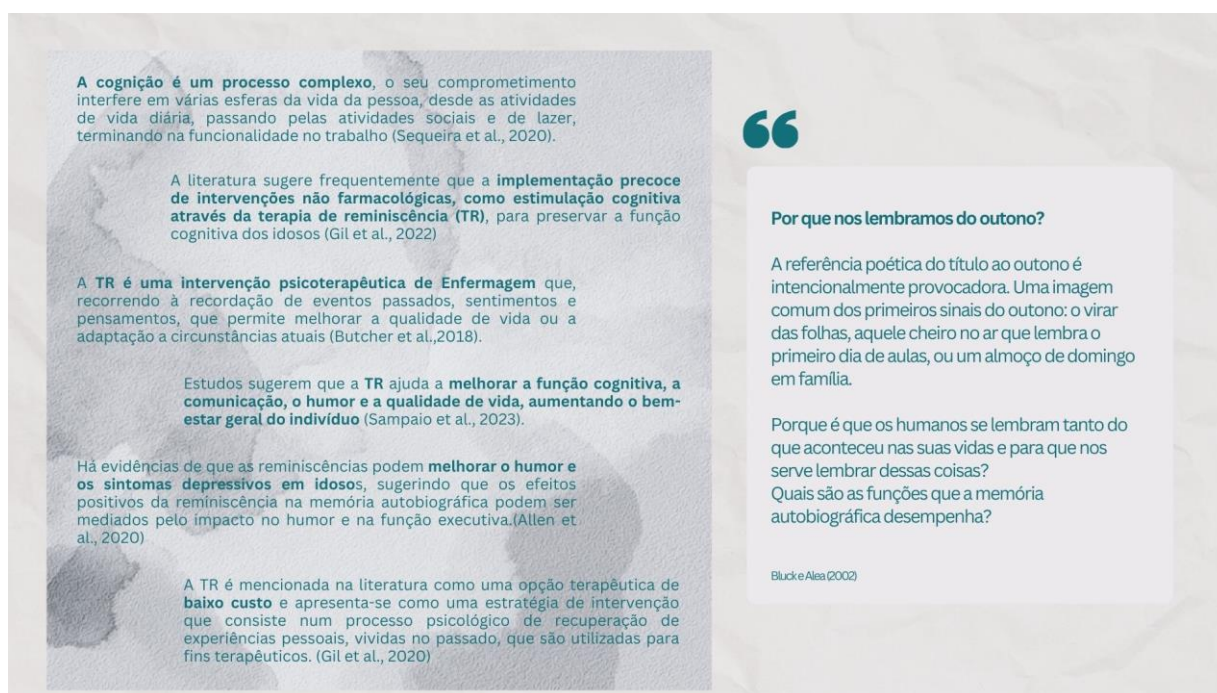
6. Anexos

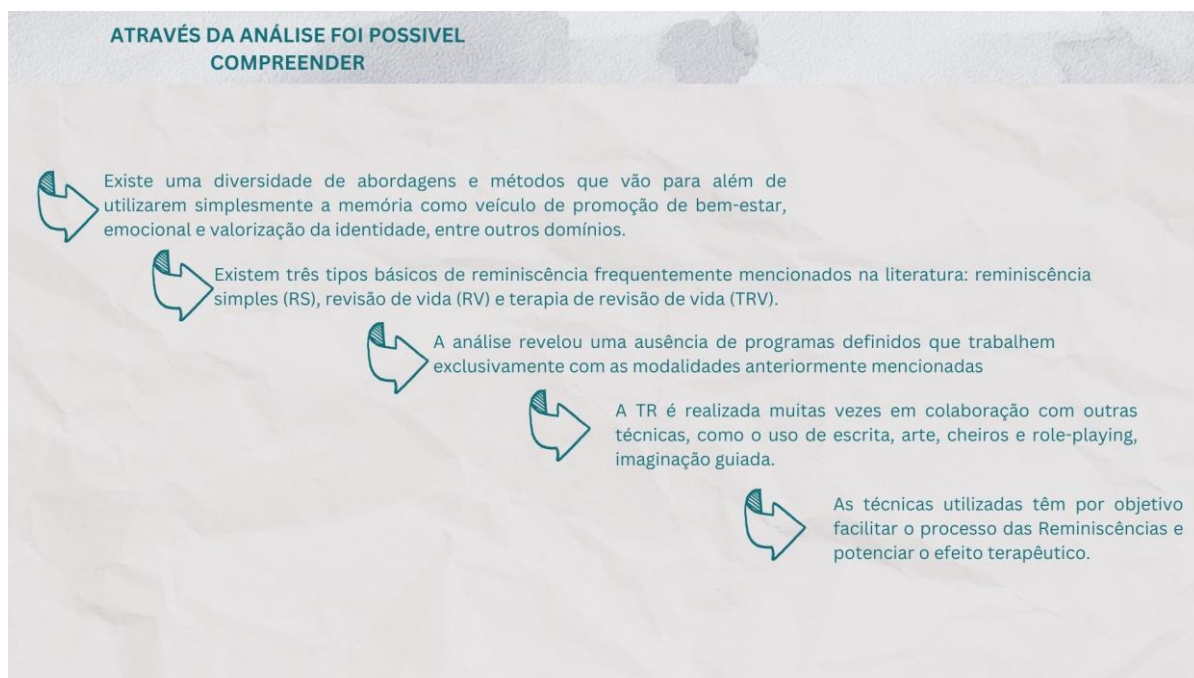
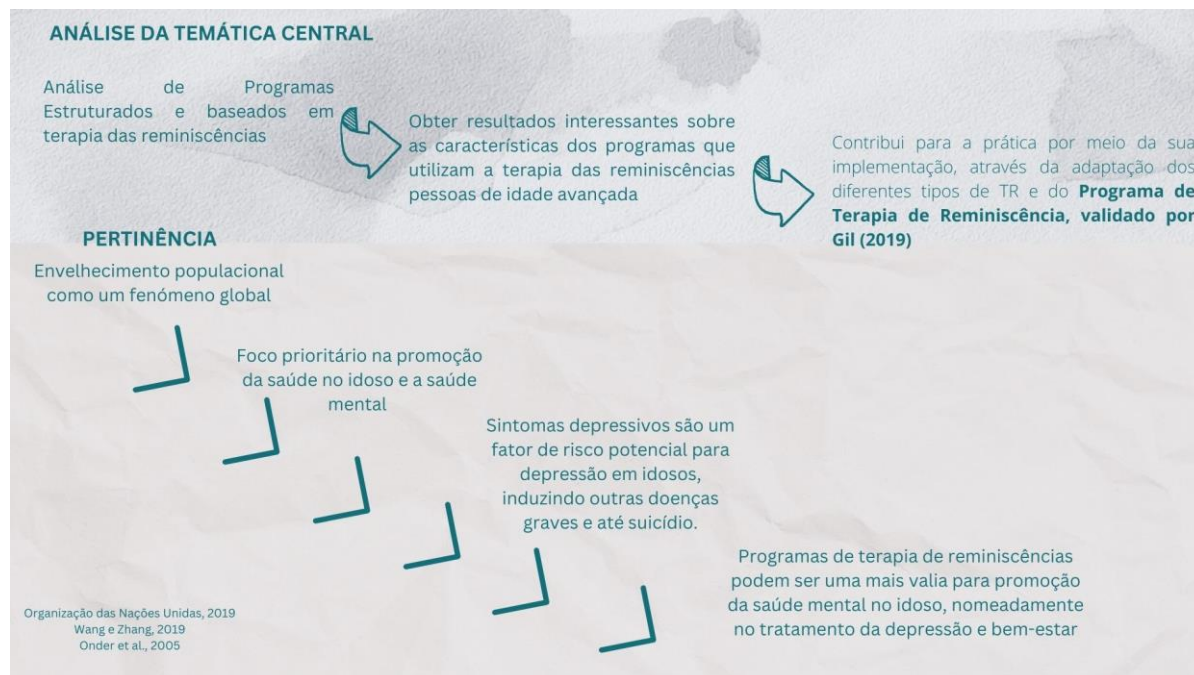
Anexo I – Acolhimento ao utente – Consulta de Enfermagem

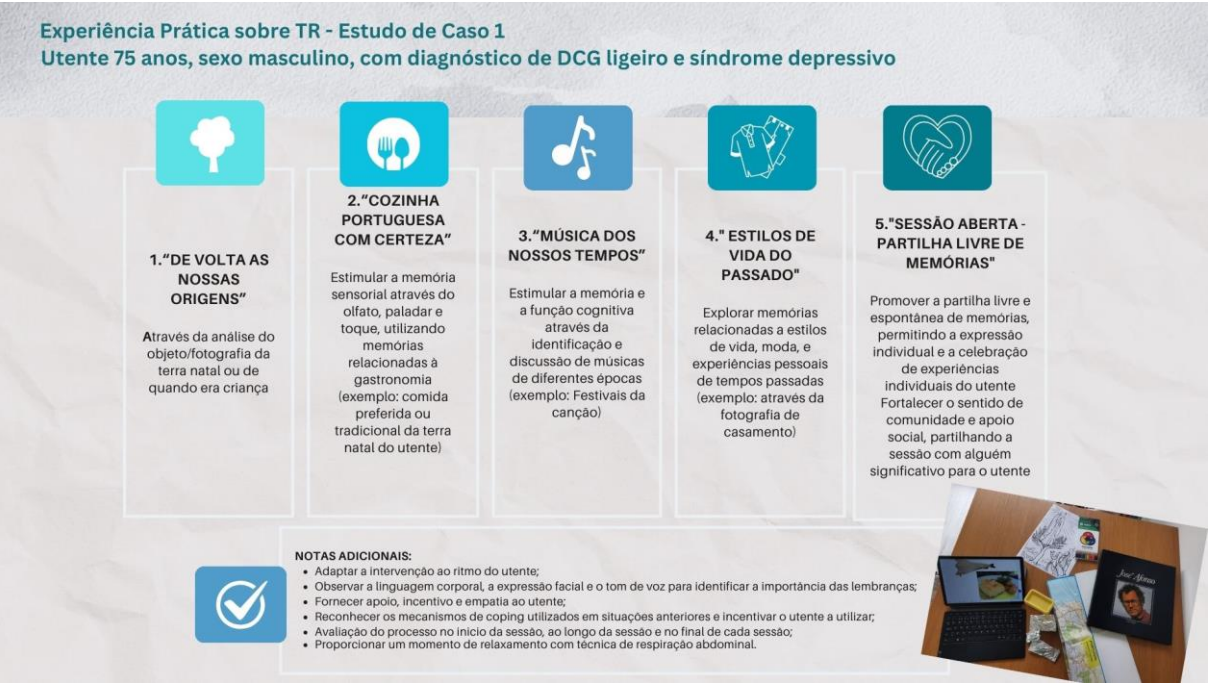
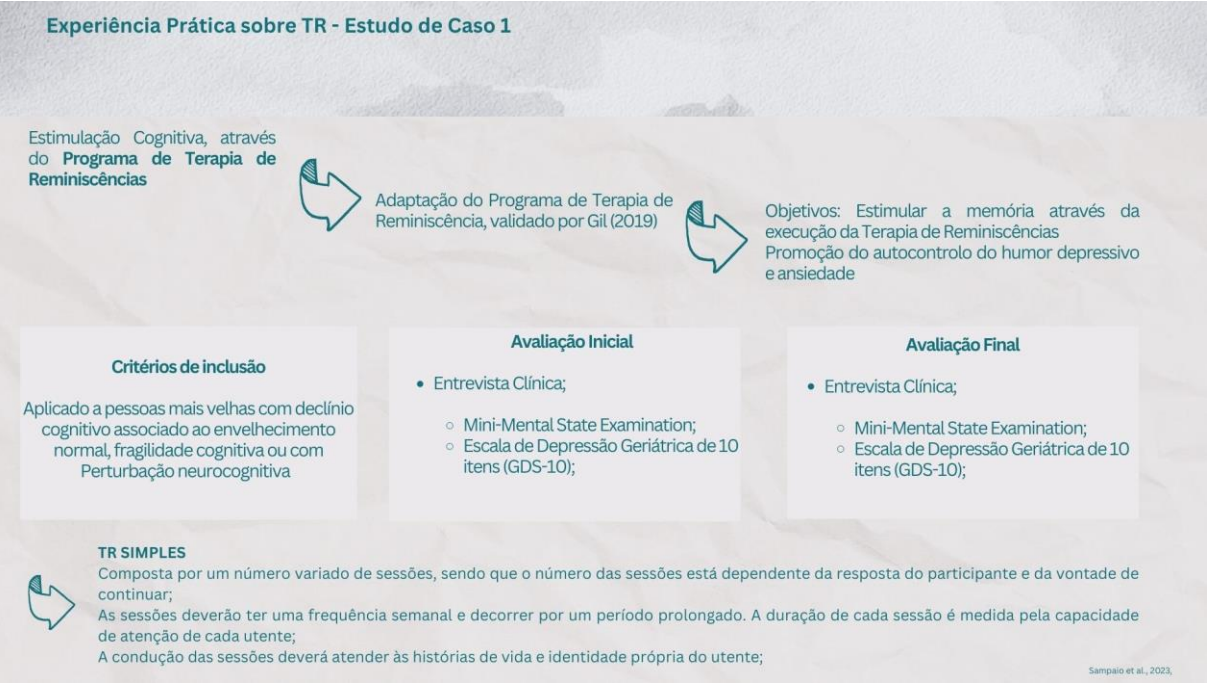
Acolhimento ao Utente - Consulta de Enfermagem

Dados Pessoais					
Nome:			Idade:		
Estado civil:			Género:		
Profissão/ocupação:					
Contactos:					
Motivo da Consulta					
Encaminhamento por uma entidade [] (qual?) ou Auto proposto []					
OBS:					
Histórico Toxicofílico					
Substância	Início do uso	Início do abuso	Quantidade atual	Via	Último consumo
Genograma					
Exame Físico					
PA: FC:			Acompanhada em consultas de Saúde da Mulher e planeamento familiar: Sim [] Não []		
Peso: Altura:					
OBS (Padrão de sono, Padrão de eliminação, comorbilidade, medicação, entre outros)			Se não, realizado pedido de encaminhamento: Sim [] Não []		
Exame Mental			Motivação, Expectativas e outras observações		
Verbaliza ansiedade [+] [-] Manifestação de inquietação [+] [-] Manifestação de irritabilidade [+] [-] Agitação motora [+] [-] Manifestação de pânico [+] [-] Indícios de humor depressivo [+] [-] Indícios de euforia [+] [-] Pensamento desorganizado e s/ sequência lógica [+] [-] Indícios de ideação suicida [+] [-] Relato com conteúdo implausível [+] [-] (com base em algo falso ou sem base na realidade) Se apresentar alterações de pensamento caracterizar quanto à forma, curso e conteúdo:			O que espera deste tratamento/intervenção? Está disposto(a) a tentar reduzir ou parar o uso das substâncias? Sim [] Não [] Menciona estratégias? Quais? Quais as maiores dificuldades que acha que vai encontrar? OBS:		
Resultados - Sangue			Resultados - Urina		
HIV: [+] [-] Hepatite C: [+] [-]			OP/MORF: [+] [-] COC: [+] [-] THC: [+] [-] MET: [+] [-] BUP: [+] [-] BNZ: [+] [-]		
Data:			Procedimento desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em ESMP da ESEP, por Mariana Dias (pp11393), com Orientador de estágio e Professores Responsáveis		
Assinatura:			Referências bibliográficas: E4 Nursing. (2024). E4 Nursing - Escola Superior de Enfermagem do porto. https://e4nursing.esen.pt/ ICAD - Instituto Clínico de Artes e Diagnóstico. (2024.). https://www.icad.pt/		

APÊNDICE 9 – APRESENTAÇÃO POWER POINT SOBRE TR REALIZADA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO





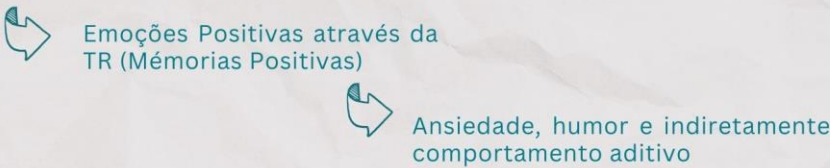


Experiência Prática sobre TR - Estudo de Caso 2
Utente do sexo masculino, com 50 anos de idade

DOMINIOS:



Importância das Emoções
Positivas na Saúde Mental



Experiência Prática sobre TR - Estudo de Caso 2
Utente do sexo masculino, com 50 anos de idade

			
1. "MÚSICA DA MINHA JUVENTUDE"	2. "O MEU PRIMEIRO ANIMAL DE ESTIMAÇÃO"	3. "AS MINHAS CONQUISTAS"	
Perguntas abertas sobre a música	Perguntas abertas sobre a fotografia	Expressão escrita através de uma "carta"	• Diário de registo de momentos positivos e utilização de estratégias (lista de SOS);
Realçar memórias positivas	Realçar memórias positivas	Realçar memórias positivas	• Treino de respiração diafragmático;
Mecanismos de coping utilizados no passado (desenho, música e podcast)	Mecanismos de coping utilizados no passado (frase significativa)	Mecanismos de coping utilizados no passado (frase significativa)	• Prática de exercício físico;

EXERCÍCIO PRÁTICO

Através de imaginação guiada, revisitar um momento feliz, por exemplo da sua infância, adaptado de guião de Klibert et al., p.5 2022)

"Procure um momento em que tenha encontrado alegria na sua vida.

Gostaria que se lembrasse de uma memória em que realmente se sentiu vivo.

Quando todas as lutas, ou problemas do dia-a-dia simplesmente param por alguns minutos... Permita-se a desfrutar de um momento completamente sem esforço... um momento em que sabia quem era e onde pertencia. Pode ser algo recente ou algo do passado, tente trazer à mente apenas uma memória.

Pode ser um momento muito importante ou algo muito simples, apenas lembre-se de um momento em que sentiu alegria. E agora tente manter-se nesse momento, apenas permitindo-se voltar àquele momento de felicidade.... Ao re-imaginar essa memória, quero que pense porque é que é uma memória importante em termos de alegria. Recorde a memória desde o início até o fim.

Refleta sobre cada pessoa, sentimento e evento que contribuiu para essa sensação de alegria.

Gostaria que permanecesse nessa memória nos próximos minutos."

REFLEXÃO E PARTILHA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



OBRIGADA

APÊNDICE 10 – ESTUDO DE CASO PLATAFORMA E4NURSING



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

***Estágio de natureza profissional com relatório -
Módulo II***

RELATÓRIO DE ESTÁGIO – Estudo de Caso

Autor

Claúdia Mariana Santos Dias

Porto, 2025

1. 11393_ <i>ESTUDO DE CASO</i>	5
1.1. Enquadramento teórico	5
1.2. Clientes	6
1.3. Medicação	6
1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	7
1.4. Domínios	7
1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	8
1.5. Conceção de Cuidados	11
1.6. Especificação das intervenções	13
1.7. Síntese relativa ao caso	14

1. ESTUDO DE CASO

1.1. *Enquadramento teórico*

Caracterização do Utente

Utente: Masculino, 75 anos, casado, com dois filhos e quatro netos. Reside com a esposa, uma filha e um neto.

História Ocupacional: Reformado, trabalhou como pescador 9 anos e numa fábrica de meias e camisolas. Completou o primeiro ciclo do ensino básico.

Diagnósticos:

Déficé Cognitivo Ligeiro (DCL)

Síndrome depressivo

Comorbilidades:

Doença de Parkinson

Diabetes Mellitus Tipo 2

Hipertensão Arterial (HTA)

Dislipidemia

Obesidade

Doença coronária

Hiperplasia benigna da próstata

Dependente nas Atividades da Vida Diária (AVD's), com dificuldade de mobilidade. Utiliza cadeira de rodas, e pontualmente recorre ao andarilho.

Padrões de Sono: Não refere alterações no sono.

Estado Mental: Utente vígil, orientado no espaço, com desorientação temporal, relativamente ao mês, dia do mês e estação do ano em que estamos. Apresenta-se calmo, colaborante, sem alterações no pensamento, senso-percepção ou de comportamento.

Intervenção individual: Terapia das Reminiscências Simples

Importa analisar a importância da promoção da saúde mental na pessoa idosa e cuidador, face aos desafios específicos associados ao envelhecimento e ao ato de cuidar. Segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade e da população idosa, bem como pela redução da natalidade e da população jovem (OMS, 2015).

O conceito de “envelhecimento saudável” refere-se ao processo de desenvolvimento e

manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa (OMS, 2015).

Passos et al., (2014) no que diz respeito à doença mental e segundo os resultados do estudo que desenvolveram foram identificados 42 focos de atenção em Enfermagem relacionados com a saúde mental em pessoas mais velhas de diferentes contextos, sendo um dos focos mais frequentes a memória (90,7%), cansaço (86,7%), ansiedade (84,0%), nervosismo (78,7%) e insônia (77,3%).

A TR pode-se configurar numa atividade agradável e estimulante, que contribui para redução do isolamento social revelando-se como uma estratégia para promover o relacionamento (Gil et al., 2019).

As indicações terapêuticas para a intervenção “Executar Terapia pela Reminiscência”, segundo Sampaio et al. (2023) dão resposta a diagnósticos de enfermagem de cognição comprometida, comunicação comprometida e humor depressivo.

Tal como extraído da revisão realizada ao tema central, a TR simples, tem como principal objetivo estimular as memórias autobiográficas durante conversas sobre tópicos específicos do passado (férias, comida, bebida e trabalho), e esta terapia pode ser realizada de forma individual ou em grupo (Sampaio et al., 2023).

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Masculino

Início	Medicação	Fim
2024-09-27 09:30:00	Sinemet 25 + 100 mg	
2024-09-27 09:30:00	Safinamida 100mg	
2024-09-27 09:30:00	Opicapone 50 mg	
2024-09-27 09:30:00	Sertralina 50 mg	
2024-09-27 09:30:00	Rivastigmina 4.6 mg	
2024-09-27 09:30:00	Metformina 1000 mg	
2024-09-27 09:30:00	Solifenacina 5 mg	
2024-09-27 09:30:00	Varfine 5 mg	
2024-09-27 09:30:00	Tansulosina 6+0.6 mg	
2024-09-27 09:30:00	Lisinopril 20mg	
2024-09-27 09:30:00	Espironolactona 25mg	
2024-09-27 09:30:00	Bisoprolol 5mg	
2024-09-27 09:30:00	Panteprazol 40mg	

1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Considerar os aspetos de enfermagem relacionados com a medicação prescrita é essencial para garantir a segurança e a eficácia do tratamento, especialmente em utentes com múltiplas comorbilidades. A monitorização contínua, é fundamental para prevenir complicações, otimizar a resposta terapêutica e melhorar a qualidade de vida do utente.

No âmbito da saúde mental, foi importante analisar os seguintes aspetos, o Opicapone, adjuvante no tratamento da doença de Parkinson para prolongar os efeitos da levodopa - Sinemet. É pertinente estar atento a potenciais efeitos adversos, como controlo motor, discinesias (movimentos involuntários anormais) e hipotensão, para avaliar o impacto do fármaco na qualidade de vida do utente, especialmente em relação à mobilidade e autonomia.

A Sertralina, um antidepressivo (inibidor seletivo da recaptação de serotonina) utilizado para o tratamento do síndrome depressivo, que toma desde 2020 por indicação da Neurologia. Onde torna-se importante a monitorização de sintomas de depressão e avaliar a resposta ao tratamento, incluindo a melhoria no humor.

Rivastigmina: Utilizada no tratamento de demência associada à doença de Alzheimer ou Parkinson. Importa monitorizar a função cognitiva e o comportamento do utente.

1.4. Domínios

Início

27-09-2024 09:30
27-09-2024 09:30
27-09-2024 09:30

Domínios

Memória
Emoção
Autoconceito

Fim

1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

PROCESSO MENTAL	Domínio	Escala/instrumento	Resultados
	Memória	Mini-Mental State Examination Guerreiro, M. (1998).	Total de 22 valores, o que indica a presença de défice cognitivo ligeiro para indivíduos com um nível de escolaridade entre 1 a 11 anos. Com dificuldades em áreas como a orientação espacial e temporal, a capacidade de memória, a linguagem e as funções de atenção e cálculo.
	Emoção	Escala Geriátrica de Depressão (GDS - 10) Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014)	Total de 5 valores. Avaliação por subcategorias: Ponto 1 = 1 valores; Ponto 2 = 0 valores; ponto 3 = 0 valor; Ponto 4 = 1 valor; Ponto 5 = 1 valores; ponto 6 = 0 valores; ponto 7 = 0 valores e ponto 8 = 0 valores; ponto 9 = 1 valor e ponto 10 = 1 valor. Os Pontos 1, 4, 5, 9 e 10: com 1 valor cada, podem refletir sintomas depressivos ligeiros, como uma leve perda de interesse em atividades, dificuldades no sono ou uma visão mais negativa de si mesmo.

Justificação da intervenção e relação com os domínios

Segundo a Ontologia em Enfermagem, dentro do processo mental, foi possível identificar os seguintes Focos de Atenção/Diagnósticos: Memória Comprometida, Humor depressivo e Autoconceito comprometido. Com o principal objetivo de promoção humor depressivo e ansiedade, a intervenção proposta concorre para os seguintes dados e objetivos. Com base nos domínios identificados, foi fundamental correlacionar com as comorbilidades identificadas e enquadrar teoricamente.

Breve Enquadramento

Yu & Wu (2022), menciona que embora a demência não ocorra necessariamente em todos os casos de diagnóstico de Doença de Parkinson, cerca de 80% destes utentes são eventualmente diagnosticados com PNC. O comprometimento cognitivo leve é considerado um dos melhores indicadores para a deteção precoce, dando especial interesse as fases de transições dos estados cognitivos de um utente com Doença de Parkinson (Yu & Wu, 2022).

Sobre a pertinência do domínio da emoção, na literatura o processo de envelhecimento pode ter um impacto negativo na saúde mental, uma vez que as pessoas idosas não enfrentam apenas o envelhecimento físico, mas também desafios que afetam o seu bem-estar mental e social. Fatores como incapacidades decorrentes de doenças, solidão, falta de apoio familiar, autonomia pessoal limitada e dependência financeira podem contribuir para o aumento de problemas de saúde mental, especialmente sintomas depressivos (Debnath et al., 2023).

Consequentemente o Autoconceito deve ser considerado, uma vez que o envelhecimento é uma parte natural e inevitável da vida, caracterizado por mudanças fisiológicas e psicológicas. Neste processo importa valorizar as mudanças com mais impacto na qualidade de vida do utente. A perceção do envelhecimento refere-se à visão subjetiva que o indivíduo tem do seu próprio processo de envelhecimento e do seu nível de satisfação com ele. Esta perceção reflete o quão bem o indivíduo se adaptou às várias mudanças associadas ao envelhecimento. É importante destacar que a perceção do envelhecimento tem um impacto significativo no comportamento das pessoas idosas e nas suas relações com os outros. Uma perceção negativa do envelhecimento pode levar a um declínio no funcionamento geral (Arjmand-sangani et al., 2024).

Ao valorizar os domínios acima identificados (Memória, Emoção e Autoconceito), importa

referir que a memória autobiográfica está intimamente ligada ao nosso sentido de identidade e a TR, através de memórias autobiográficas pode desempenhar várias funções no envelhecimento saudável (Allen et al., 2020).

Planeamento da Intervenção

Segundo Sampaio et al. (2023), a terapia pela reminiscência é composta por um número variado de sessões, sendo que o número das sessões está dependente da resposta do participante e da vontade de continuar. As sessões deverão ter uma frequência semanal e decorrer por um período prolongado. A duração de cada sessão é medida pela capacidade de atenção de cada utente.

A intervenção foi estruturada em sessões individuais realizadas no domicílio do utente, proporcionando um ambiente confortável e familiar. As sessões tinham uma duração de 50 a 60 minutos e foram adaptadas conforme as necessidades do utente. A condução das sessões deverá atender às histórias de vida e identidade própria do utente (Sampaio et al., 2023).

Dentro dos temas que o PTR de Gil (2019) disponibiliza, foram desenvolvidos no total 5 temáticas, tendo sido dada autonomia e oportunidade ao utente de identificar quais os temas mais significativos

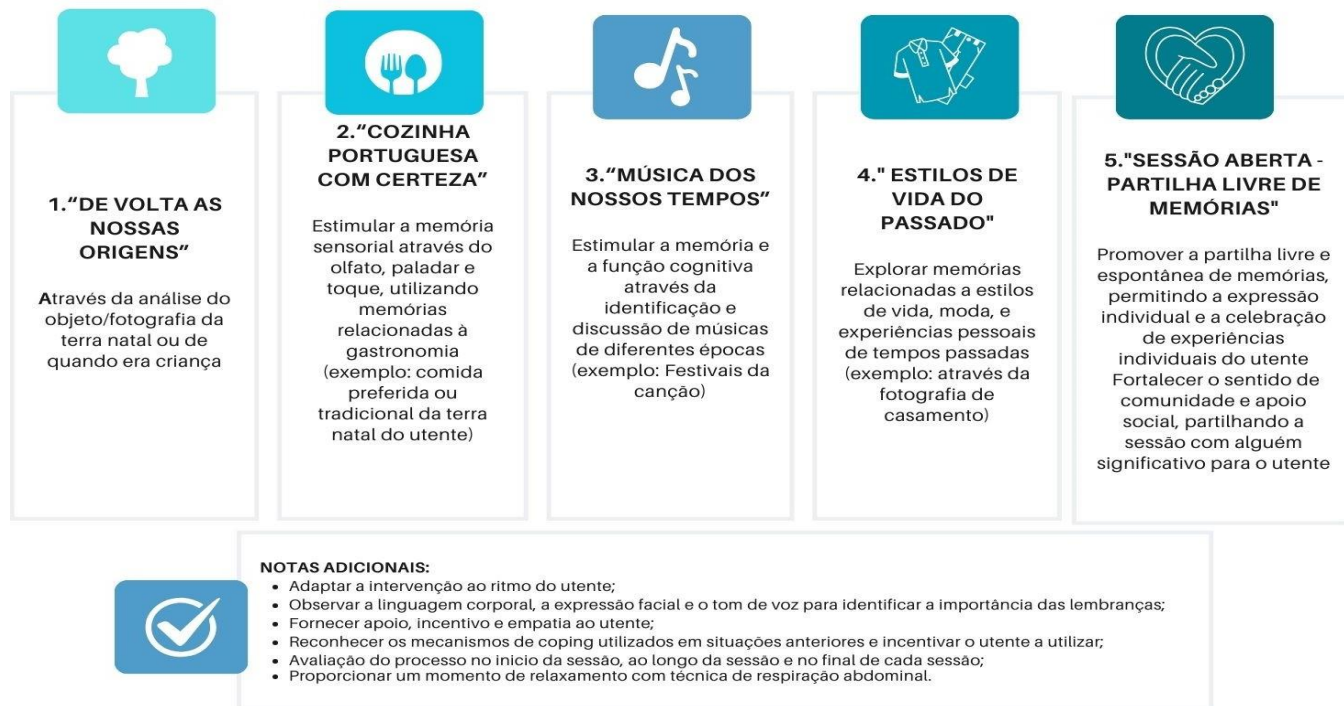
Cronograma Planeamento da intervenção Psicoterapêutica



Cronograma Temáticas centrais

TERAPIA DAS REMINISCÊNCIAS

Principais Temáticas



1.5. Conceção de Cuidados

Autoconceito

27-09-2024 09:30 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

27-09-2024 09:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

27-09-2024 09:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

27-09-2024 09:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

27-09-2024 09:30 - Autoconceito comprometido

27-09-2024 09:30 - Determinar evolução do autoconceito

27-09-2024 09:30 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [27/9 e 14/10 - Durante a intervenção e após intervenção de 3 em 3 meses]

27-09-2024 09:30 - Executar terapia de reminiscência [2/10 + 7/10 + 11/10] [2/10 + 7/10+ 11/10]

Emoção

27-09-2024 09:30 - Com indícios de humor depressivo.

27-09-2024 09:30 - Sem indícios de euforia.

27-09-2024 09:30 - Não verbaliza ansiedade.

27-09-2024 09:30 - Sem manifestação de inquietação.

27-09-2024 09:30 - Sem manifestação de irritabilidade.

27-09-2024 09:30 - Sem manifestação de pânico.

27-09-2024 09:30 - Especificação da perda Especificação da perda: não

aplicável. 27-09-2024 09:30 - Não manifesta negação da perda.

27-09-2024 09:30 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

27-09-2024 09:30 - Avaliado o humor depressivo: Escala Geriátrica de Depressão (GDS - 10) Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014). O total obtido foi de 5 valores, o que indica uma depressão ligeira. Este resultado sugere a presença de sintomas leves de depressão, e a recomendação é monitorizar o estado do idoso e, se necessário, encaminhá-lo para uma avaliação clínica mais específica. Avaliação de Intens: Ponto 1 = 1 valores; Ponto 2 = 0 valores; ponto 3 = 0 valor; Ponto 4 = 1 valor; Ponto 5 = 1 valores; ponto 6= 0 valores; ponto 7 = 0 valores e ponto 8 = 0 valores; ponto 9 = 1 valor e ponto 10 = 1 valor. Os Pontos 2, 3, 6, 7 e 8: receberam 0 valores, o que indica que as questões correspondentes a esses pontos não parecem refletir uma preocupação significativa relacionada com a depressão. Os Pontos 1, 4, 5, 9 e 10: receberam 1 valor cada, sugerindo que os itens correspondentes podem refletir sintomas depressivos mais ligeiros, como uma leve perda de interesse em atividades, dificuldades no sono ou uma visão mais negativa de si mesmo.

27-09-2024 09:30 - Humor depressivo

27-09-2024 09:30 - Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

27-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

27-09-2024 09:30 - Determinar evolução do humor

27-09-2024 09:30 - Promover autocontrolo: humor (Dado: Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor)

27-09-2024 09:30 - Avaliar evolução do humor depressivo [27/9 e 14/10 - Durante a intervenção e após intervenção de 3 em 3 meses]

27-09-2024 09:30 - Executar TR [2/10 + 7/10 + 11/10] [2/10 + 7/10+ 11/10]

Memória

27-09-2024 09:30 - Dificuldade em reter nova informação.

27-09-2024 09:30 - Dificuldade em recuperar informação.

27-09-2024 09:30 - Desorientação face às pessoas.

27-09-2024 09:30 - Sem desorientação no espaço.

27-09-2024 09:30 - Desorientação no tempo.

27-09-2024 09:30 - Aplicado Mini-Mental State Examination. O utente obteve um total de 22 valores, o que indica a presença de défice cognitivo para indivíduos com um nível de escolaridade entre 1 a 11 anos. Segundo os critérios estabelecidos, para esta faixa de escolaridade, um resultado igual ou inferior a 22 valores sugere algum grau de comprometimento cognitivo. Este défice cognitivo pode refletir dificuldades em áreas como a orientação espacial e temporal, a capacidade de memória, a linguagem e as funções de atenção e cálculo.

27-09-2024 09:30 - Memória comprometida

27-09-2024 09:30 - Determinar evolução da memória

27-09-2024 09:30 - Avaliar evolução da memória [27/9 e 14/10 - Durante a intervenção e após intervenção de 3 em 3 meses]

27-09-2024 09:30 - Estimular memória

27-09-2024 09:30 - Executar terapia pela reminiscência [2/10 + 7/10+ 11/10]

1.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da memória

- Aplicar Mini-Mental State Examination [27/9 e 14/10]

Executar terapia pela reminiscência

- Estimular e reviver através da expressão de memórias relacionadas com as diferentes temáticas de forma atender às preferências do utente e as suas origens socioculturais [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Incentivar o utente a relembrar a tarefa que ficou definida na última sessão [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Facilitar a expressão verbal de sentimentos e emoções positivos associados a experiências passadas [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Criar um ambiente acolhedor que incentive a partilha de memórias significativas [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Observar a linguagem corporal e expressão facial do utente para compreender o impacto emocional das memórias [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Desenvolver a capacidade de socialização e comunicação através da partilha de histórias [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Envolver o utente no planeamento da próxima sessão, promovendo um senso de controlo e participação ativa [2/10 + 7/10+ 11/10]

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar Escala Geriátrica de Depressão (GDS- 10) [27/9 e 14/10]

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

Executar TR [2/10 + 7/10 + 11/10]

- Facilitar a expressão verbal de sentimentos e emoções positivos associados a experiências passadas através da terapia pela reminiscência [2/10 + 7/10 + 11/10]
- Criar um ambiente acolhedor que incentive a partilha de memórias significativas [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Observar a linguagem corporal e expressão facial do utente para compreender o impacto emocional das memórias [2/10 + 7/10+ 11/10]

Executar terapia de reminiscência [2/10 + 7/10 + 11/10]

- Estimular e reviver através da expressão de memórias autobiográficas positivas significativas para o utente [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Criar um ambiente acolhedor que incentive a partilha de memórias significativas [2/10 + 7/10+ 11/10]
- Desenvolver a capacidade de socialização e comunicação através da partilha de histórias [2/10 + 7/10+ 11/10]

1.7. Síntese relativa ao caso

Após uma análise detalhada do processo clínico do utente, verificou-se que a intervenção psicoterapêutica centrada na TR se mostrou adequada as necessidades do utente e dos diagnósticos de enfermagem formulados.

A avaliação do processo envolveu a análise contínua da adesão do utente às sessões de TR, a sua motivação e envolvimento ao longo da intervenção. O utente demonstrou uma adesão consistente, participando regularmente nas sessões, mostrando-se motivado para partilhar memórias e experiências pessoais. Essa motivação foi reforçada pelo ambiente

familiar, comunicação simples e pela relevância dos temas abordados, demonstrando a importância de uma intervenção individualizada. O preenchimento da grelha de avaliação das sessões mostrou melhorias graduais nas respostas do utente, com destaque para a sua capacidade de reviver e partilhar memórias, assim como para a interação validando a efetividade da intervenção.

Para concretizar esta avaliação foi utilizada uma a grelha de avaliação de sessões que integram PTR de Gil, (2019), a grelha avalia quatro categorias: o interesse, a comunicação, a satisfação e o humor. Segue-se os resultados na Tabela.

Tabela - Grelha de avaliação das sessões que integram TR (adaptada)

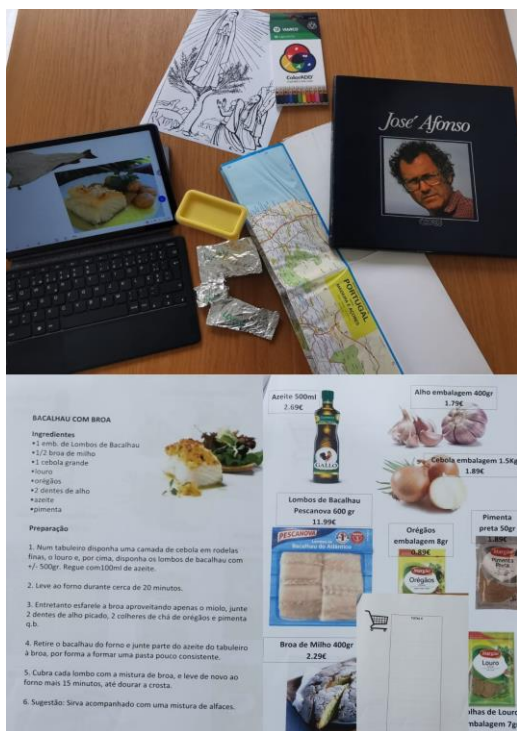
Sessão	Adesão do utente Esteve Presente?	Interesse	Comunicação	Satisfação	Humor
Sessão 1	Sim	3 (Demonstra algum interesse)	1 (Pouca ou nenhuma comunicação)	3 (Demonstra alguma satisfação)	1 (Em baixo hoje, parece estar triste)
Sessão 2	Sim	5 (Demonstra bastante interesse)	5 (Comunica bem)	5 (Bastante satisfeito com a sessão)	3 (Alguns sinais de bom humor)
Sessão 3	Sim	5 (Comunica bem)	5 (Comunica bem)	3 (Demonstra alguma satisfação)	3 (Alguns sinais de bom humor)
Sessão 4	Não	---	---	---	---

Apesar das limitações temporais impostas e da impossibilidade de realizar a sessão 4, a intervenção revelou-se essencial para compreender o funcionamento de um PTR, combinando a modalidade de TR Simples, baseada em Gil (2019), com uma técnica específica, como o estímulo sensorial.

Conclusão

Ao elaborar este estudo de caso, foi possível compreender que o estudo de caso foi uma excelente oportunidade para o desenvolvimento das competências do EESMP, permitindo aprofundar a tomada de consciência na relação terapêutica e compreender como as emoções e ações influenciam o processo terapêutico. Sendo possível identificar algumas delas, ao acompanhar um utente com múltiplas comorbilidades, tendo de adaptar de forma continua a intervenção as necessidades do utente, considerando o planeamento uma fase fundamental da nossa intervenção, mas foi igualmente importante tomar consciência da importância da nossa capacidade de adaptabilidade às necessidades dinâmicas do utente.

Material de Apoio as Sessões



Referência Bibliográficas

- Allen, A. P., Doyle, C., & Roche, R. A. P. (2020). The impact of reminiscence on autobiographical memory, cognition and psychological well-being in healthy older adults. *Europe's Journal of Psychology*, 16(2), 317–330. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i2.2097>
- Anna Nery, E., & Margarida Dias Monteiro Mendes, I. (2011). Da pesquisa a prática em Enfermagem, IMDM DA PESQUISA À PRÁTICA DE ENFERMAGEM APLICANDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY RESUMO (Vol. 8).
- Arjmand-sangani, M., Sharifzadeh, G., Soltani, N., & Torshizi, M. (2024). Investigating the relationship between aging perception and self-efficacy in the older adults: a cross-sectional study in Eastern Iran. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05231-7>
- Debnath, A., Sandooja, C., & Kishore, J. (2023). Depression and Associated Factors Among Older Adults in a North Indian State: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.35962>
- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: A systematic review. In *Revista da Escola de Enfermagem* (Vol. 53). Escola de Enfermagem de Universidade de Sao Paulo. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007403458>
- Gil, I., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Silva, R., de Lurdes Almeida, M., & Apóstolo, J. (2022). Effectiveness of Reminiscence Therapy versus Cognitive Stimulation Therapy in Older Adults with Cognitive Decline: A Quasi-Experimental Pilot Study. *Nursing Reports*, 12(2), 339–347. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020033>
- Sampaio et al., 2023. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Yu, R. L., & Wu, R. M. (2022). Mild cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: An updated mini-review and future outlook. In *Frontiers in Aging Neuroscience* (Vol. 14). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.9434>

