



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de
Evolução Prolongada**

Susana Isabel Alves Henriques

—

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de
Evolução Prolongada**

Susana Isabel Alves Henriques

Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

**Lisboa
2023**

*"Procurai e arriscai ser protagonistas de uma nova coreografia que coloque
no centro a pessoa humana."
(Papa Francisco, 2023)*

AGRADECIMENTOS

Durante o meu percurso académico foram inúmeras as pessoas que me acompanharam e apoiaram, contribuindo para o meu crescimento e desenvolvimento de novas competências.

Agradeço ao Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, à Professora Maria Isabel da Costa e Silva, pela disponibilidade, orientação, partilha de conhecimentos e valiosas contribuições no meu percurso académico e expressas neste relatório. Aos meus orientadores dos ensinos clínicos, pelo acolhimento, pela disponibilidade e orientação, pelos momentos únicos e diversificados de experiências de aprendizagem, o meu agradecimento especial e bem-haja a ambos.

Aos colegas do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio, companheirismo incondicional e amizade. Ao meu chefe, pela compreensão na gestão do meu horário e aos meus colegas de serviço, pela disponibilidade de trocas de horário. Aos meus queridos amigos, pelo apoio e incentivo neste caminho nem sempre fácil de percorrer.

À minha família, filha e marido que sempre estiveram presentes e acreditaram em mim, pelo apoio incondicional, na partilha dos meus sucessos, frustrações, vulnerabilidades e silêncios, pela minha ausência e pela paciência em todos os momentos, estou eternamente grata.

Agradeço a todos os utentes que durante o estágio, me acolheram com enorme carinho e permitiram que adquirisse e desenvolvesse competências de EEESMP, pela disponibilidade que demonstraram, pela confiança em mim como pessoa e enfermeira e pelo contributo dado no meu percurso de aprendizagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EC - Estimulação Cognitiva

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE - Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OE- Ordem dos Enfermeiros

PEC - Programa de Estimulação Cognitiva

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

RESUMO

O presente relatório pretende dar a conhecer o percurso desenvolvido durante o estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A doença mental conduz ao aparecimento de défices cognitivos, sendo a disfunção cognitiva um sintoma primário da esquizofrenia e de outras perturbações afetivas, mantendo-se presentes mesmo quando outros sintomas estão controlados. Desta forma levam à deterioração das capacidades cognitivas, como: a memória; a atenção; a linguagem; as funções executivas, resultando na diminuição ou perda da autonomia. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, intervém no âmbito das técnicas de Estimulação Cognitiva, potenciando as capacidades cognitivas da pessoa, compensando os défices presentes, minimizando os seus efeitos na capacidade funcional e criando estratégias adaptativas que favoreçam determinado nível de autonomia. Pretendeu-se assim, identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto comunitário e de internamento; desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas identificados na pessoa com doença mental de evolução prolongada, nos contextos de estágio; implementar um programa de estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto de estágio; demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e de tomada de consciência de si a nível pessoal e profissional, nos contextos de estágio. Foi utilizada a metodologia de projeto, através da elaboração de um plano estruturado de intervenções autónomas, centrado em atividades de estimulação da memória, linguagem e dos sentidos, projetadas em 12 sessões de grupo. Na recolha de dados, foram utilizados instrumentos como o Mini-Mental State Examination, no final das 12 sessões, aplicado um questionário de avaliação das atividades terapêuticas. Dos resultados obtidos, destacam-se atitudes e comportamentos mais adaptados, mudanças positivas e estilos de vida mais saudáveis, melhoria ou manutenção das capacidades cognitivas como a concentração, a atenção, a capacidade de raciocínio, a memória e resolução dos problemas do dia a dia, por último, maior autoestima.

Palavras-chave: Estimulação Cognitiva, Doença Mental, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The purpose of this report is to explain the path developed during the internship, as part of the Master's Degree in Nursing in the Specialisation Area of Mental Health and Psychiatric Nursing.

Mental illness leads to the appearance of cognitive deficits, cognitive dysfunction being a primary symptom of schizophrenia and other affective disorders, remaining present even when other symptoms are controlled. This leads to a deterioration in cognitive abilities such as memory, attention, language and executive functions, resulting in a decrease or loss of autonomy. In this context, the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse intervenes in the context of Cognitive Stimulation techniques, enhancing the person's cognitive abilities, compensating for the deficits present, minimising their effects on functional capacity and creating adaptive strategies that favour a certain level of autonomy. The aim was to identify the needs and problems of people with long-term mental illness, in a community and inpatient setting; to develop specialised nursing interventions according to the needs and problems identified in people with long-term mental illness, in the internship contexts; to implement a cognitive stimulation programme for people with long-term mental illness, in the internship context; to demonstrate a high level of self-knowledge and self-awareness at a personal and professional level, in the internship contexts. The project methodology was used to draw up a structured plan of autonomous interventions, centred on activities to stimulate memory, language and the senses, designed in 12 group sessions. Instruments such as the Mini-Mental State Examination were used to collect data, and at the end of the 12 sessions a questionnaire was used to evaluate the therapeutic activities. The results obtained include more adapted attitudes and behaviours, positive changes and healthier lifestyles, improvement or maintenance of cognitive abilities such as concentration, attention, reasoning ability, memory and solving everyday problems, and finally, greater self-esteem.

Keywords: Cognitive Stimulation, Mental Illness, Mental Health, Psychiatric Nursing.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
INTRODUÇÃO	10
1. REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1. Percurso metodológico	14
1.2. Pessoa com doença mental de evolução prolongada	16
1.3. Estimulação Cognitiva	19
1.3.1. O estado da arte - revisão da literatura	24
1.4. Betty Neuman - uma visão do cuidar em enfermagem	28
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ESTÁGIO	33
2.1. Contexto de Internamento	34
2.1.1. Caracterização do local de estágio	34
2.1.2. Intervenções e atividades realizadas	36
2.2. Contexto Comunitário	43
2.2.1. Caracterização do local de estágio	43
2.2.2. Intervenções e atividades realizadas	45
3. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma – Processo de seleção dos artigos

16

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Critérios de inclusão e de exclusão dos estudos.	14
Quadro II – Termos de linguagem natural e de indexação, por base de dados	15

INTRODUÇÃO

A saúde mental é considerada uma componente fundamental do bem-estar da pessoa e as perturbações mentais são, no conjunto das doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos (DGS, 2017). O Plano Nacional de Saúde (PNS) previsto para 2021-2030, considera as perturbações mentais e do comportamento, tais como a depressão e a ansiedade, os problemas de saúde de elevada incidência, quer em termos de mortalidade, quer em termos de doença e incapacidade, sendo que, a depressão afeta 10 % dos portugueses.

No que se refere à doença mental, observam-se défices cognitivos de elevada relevância, associados à pessoa com Perturbação Depressiva Major (Silva & Seabra, 2020). Assim sendo, é crucial compreender os défices cognitivos, como a deterioração de capacidades cognitivas, onde se inclui a memória, a atenção, a linguagem e/ou funções executivas, que resultam na diminuição da capacidade de manter a autonomia e desempenhar as funções do quotidiano. Contudo o seu tratamento pode ser potenciado quando associado a tratamentos não farmacológicos, como é disso exemplo a Estimulação Cognitiva (EC), tendo o foco na promoção das capacidades funcionais, e ou a manutenção das mesmas, refletindo-se nas relações sociais e na qualidade de vida da pessoa (Silva & Seabra, 2020).

A EC procura capacitar a pessoa a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar os défices cognitivos, para além de valorizar os desejos e as histórias de vida de cada pessoa, contribuindo para uma melhoria significativa da qualidade de vida (Casimiro et al., 2016). Deste modo, considera-se que os programas de estimulação cognitiva potenciam as funções ainda intactas e diminuem o risco de declínio cognitivo, pelo que são fundamentais para evitar o agravamento da situação de doença mental da pessoa, possibilitando ao profissional de saúde intervir num amplo conjunto de domínios essenciais (Carvalhais et al., 2019).

A estimulação e compensação dos défices cognitivos devem ser consideradas áreas fundamentais de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP), de forma a evitar o agravamento das capacidades e funcionalidades inerentes ao processo evolutivo da doença mental. A

sua intervenção é essencial na promoção e ou recuperação da qualidade de vida da pessoa e família, através de intervenções facilitadoras e integrativas no meio profissional, familiar e social em interação com o ambiente e capacitando-a no desempenho das suas funções e no seu papel perante a sociedade. Assim sendo as intervenções do EEESMP documentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), permitem a adequação de respostas da pessoa doente, família, grupo e/ou comunidade, relativamente aos problemas causados pela doença mental, de modo a evitar o seu agravamento e a consequente desinserção social. O EESMP tem um papel fundamental em todo o processo, tendo em conta o impacto que a doença mental de evolução prolongada, tem na sociedade atual e as repercussões na vida pessoal, profissional e social dos indivíduos.

De forma a desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica segundo a OE, com base no regulamento nº 515/2018 e competências de Mestre segundo o decreto-lei nº 65/2018 de agosto de 2018, visando promover a melhoria de cuidados à pessoa com doença mental e à sua família, nos diversos contextos, foi utilizada a metodologia de projeto, visando a melhoria dos cuidados especializados nesta área específica e alcançar ganhos em saúde. Foi com base nestes pressupostos que desenvolvi as minhas intervenções, um percurso que exigiu a mobilização do meu eu, quer a nível pessoal quer profissional, em diversos contextos de aprendizagem, no desenvolvimento e consolidação de novos conhecimentos e experiências.

A implementação do projeto de estágio permitiu compreender de que modo a intervenção estimulação cognitiva realizada pelo EEESMP influencia as capacidades funcionais e o desempenho das atividades de vida da pessoa com doença mental de evolução prolongada. A questão então colocada foi: Qual o impacto da estimulação cognitiva, na pessoa com doença mental de evolução prolongada?

Deste modo, foram planeados os seguintes objetivos: identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto de internamento e comunitário; desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas identificados na pessoa com doença mental de evolução prolongada, nos contextos de estágio; implementar um programa de estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto de estágio; demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e de tomada de consciência de si a nível pessoal e profissional, nos contextos de estágio.

O projeto centrou-se numa estratégia de pesquisa da evidência técnico-científica, na experiência pessoal e profissional adquirida nos vários contextos de estágio, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática clínica, na opinião de peritos, na elaboração de documentos de apoio à prática, na área formativa realizada como formadora, no estudo de caso e na reflexão sobre os contributos das experiências da prática clínica. Foi considerado um ambiente de valorização das experiências humanas, tal como são relatadas pelos participantes, descrição das experiências perante a situação e o significado atribuído pelas mesmas. Considerada a observação da prática e a sua reflexão, realizada com os orientadores de estágio e em diversas ocasiões em equipa multidisciplinar.

As intervenções de enfermagem foram ancoradas no referencial teórico do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, realçando o cuidar da pessoa numa visão holística, de liberdade, dinamismo e criatividade na relação, na definição e compreensão dos problemas, em permanente interação com o ambiente e consequente adaptação. Foi com este propósito que direcionei as intervenções de EEESMP, no âmbito da Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de Evolução Prolongada, no sentido de promover e potenciar as capacidades cognitivas da pessoa, a sua funcionalidade e independência nas atividades de vida diárias e uma maior integração familiar, profissional e social.

No presente relatório foi pretendido: desenvolver a capacidade de reflexão e pensamento crítico sobre a prática de cuidados nos contextos de estágio, baseado na evidência científica; analisar e avaliar o processo de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista através das aprendizagens adquiridas e consolidadas durante o estágio; desenvolver e fundamentar as intervenções realizadas no âmbito da temática estudada e aplicada nos diferentes contextos, com base na evidência científica mais atual.

Foi realizado estágio, em contexto de internamento, numa instituição particular de solidariedade social, com intervenção especializada em saúde mental e psiquiátrica numa vertente preventiva, terapêutica e de reabilitação. O estágio em contexto comunitário, ocorreu numa unidade de saúde mental e psiquiátrica, inserida numa equipa comunitária, ambos na área de Lisboa.

Ao longo deste relatório foram consideradas todas as questões éticas na proteção da identidade de todas as pessoas. Os dados recolhidos foram protegidos informaticamente com recurso a password e, em todos os documentos académicos, as pessoas foram identificadas por letras do alfabeto, (letras escolhidas de forma

aleatória e sem qualquer relação com as pessoas). Em todas as intervenções realizadas, foram pedidos sempre, no início de cada atividade, o consentimento livre e informado à pessoa e/ou família (quando necessário), sendo o consentimento confirmado através de uma autorização verbal.

Assim, este relatório encontra-se estruturado em quatro partes. Numa primeira parte, o referencial teórico que serviu de base às intervenções realizadas. Uma segunda parte, a descrição dos locais de estágio e as atividades realizadas em cada contexto com uma análise crítica baseada na evidência científica e na filosofia de cuidados. A terceira parte, apresenta o percurso do desenvolvimento e consolidação de competências de enfermeira especialista. Por último, é feita uma avaliação do trabalho desenvolvido com os seus contributos, resultados e perspetivas futuras de desenvolvimento nesta temática para a melhoria da qualidade de cuidados.

Este documento foi redigido utilizando a norma de referência da American Psychological Association (APA, 2020).

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo inclui o percurso metodológico na revisão integrativa da literatura e aborda os conceitos de saúde e de doença mental, estimulação cognitiva e por último o Modelo de Sistemas de Betty Neuman que fundamenta e contextualiza a prática clínica no desenvolvimento das intervenções.

1.1. Percurso metodológico

Na perspetiva de compreender a função e o compromisso que o enfermeiro assume perante a EC em pessoas com doença mental, surgiu a necessidade de questionar: qual o impacto das técnicas de estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada? Neste contexto foi realizada uma revisão integrativa da literatura, baseada nos critérios do Joanna Briggs Institute. Os objetivos traçados pretenderam identificar na literatura as técnicas de estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada estabilizada e identificar o contributo das mesmas neste grupo populacional. Incluídos estudos primários, revisões de literatura e literatura cinzenta.

Os critérios de inclusão utilizados foram definidos com base no acrónimo, População, Conceito, Contexto, (PCC). Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão e exclusão explanados no Quadro I.

Quadro I - Critérios de inclusão e de exclusão dos estudos.

Critérios de Seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População (P)	Adulto, meia-idade e idoso	Crianças, Adolescentes e jovem adulto, idoso a partir dos 80 anos de idade
Conceito (C)	Estimulação cognitiva Técnicas de estimulação cognitiva Intervenção de Enfermagem	Estimulação Cognitiva por corrente transcraniana
Contexto (C)	Doença mental estabilizada Doença mental evolução prolongada Enfermagem Psiquiátrica	Doença mental (fase aguda)

A pesquisa foi realizada nas plataformas: EBSCO (CINAHL complete e MEDLINE complete), SCOPUS e WEB OF SCIENCE, no período compreendido entre junho e julho de 2023. Foram incluídos todos os estudos publicados em português, inglês e espanhol; estudos primários e secundários com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista e os que se encontravam disponíveis em texto integral e gratuitos, nas bases de dados utilizadas, publicados entre 2017 e 2023. Excluídos todos os artigos não gratuitos e os que foram publicados em outros idiomas que não os definidos. Utilizados descritores Decs e Mesh recorrendo à conjugação com operadores booleanos e utilizados termos de linguagem natural e de indexação para a realização da pesquisa, tal como se pode observar no Quadro II.

Quadro II – Termos de linguagem natural e de indexação, por base de dados

	Termos Naturais	Termos indexados MEDLINE Complete	Termos indexados CINAHL Complete	Scopus	Web of Science
P	- Adult - Middle age - Aged	- Adult - Middle age - Aged	- Adult - Middle age - Aged	- Adult - Middle age - Aged	- Adult - Middle age - Aged
C	Cognitive Stimulation -Cognitive Stimulation (Iowa NIC) -Cognitive training -Cognitive stimulation in techniques	- Cognitive training	- Cognitive Stimulation (Iowa NIC)	-Cognitive Stimulation -Cognitive Stimulation (Iowa NIC) -Cognitive training -Cognitive stimulation techniques	-Cognitive Stimulation -Cognitive Stimulation(Iowa NIC) Cognitive training -Cognitive stimulation techniques -Mental disorders -Mental illness
C	- Mental disorders - Mental illness -Psychiatric Nursing - Prolonged illness -Chronic mental illness -Mental Disorders Chronic	- Psychiatric Nursing - Mental disorders	-Psychiatric Nursing - Mental disorders - Mental Disorders Chronic	-Mental disorders -Mental illness -Psychiatric Nursing -Prolonged illness -Chronic mental illness -Mental Disorders Chronic	-Psychiatric Nursing -Prolonged illness -Chronic mental illness -Mental Disorders Chronic

A conjugação dos operadores e dos descritores, obteve uma amostra inicial de 65 estudos, finalizando numa amostra de 6 estudos para análise e apresentação dos resultados, publicados entre 2018 e 2021. Apresenta-se a seguir o fluxograma da

informação com as diferentes etapas da revisão integrativa, indicando o processo de seleção dos estudos, como exposto na figura 1.

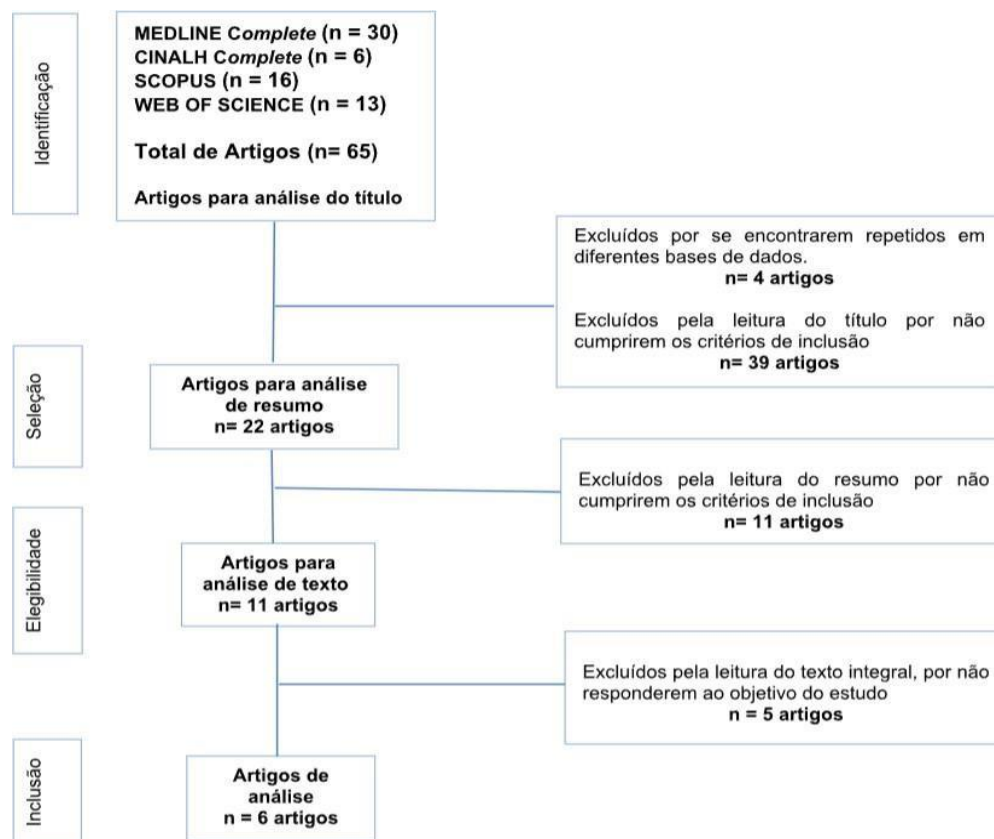


Figura 1 - Fluxograma – Processo de seleção dos artigos

1.2. Pessoa com doença mental de evolução prolongada

A saúde mental é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), o resultado de diversas e complexas interações entre fatores biológicos, económicos e sociais que são preponderantes na saúde mental das populações.

É um estado de bem-estar no qual o indivíduo concretiza o seu potencial, consegue dar resposta ao stress da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e contribuiu para a comunidade (OMS, 2014). Esta visão, incluiu características psicossociais positivas que permitem ao indivíduo proteger-se perante as adversidades da vida. Assim, a saúde mental funciona como um recurso individual na vida das pessoas e das famílias, e estimula, impulsiona capacidades e competências, que contribuem para o ambiente envolvente, seja ele familiar, comunitário ou social.

No entanto, a OMS (2001) reitera que a saúde física e a saúde mental são

dimensões que se apresentam profundamente relacionadas e influenciam-se mutuamente de uma forma bastante complexa. A saúde mental é uma dimensão essencial para o bem-estar geral das pessoas, em especial as pessoas idosas, sendo este um grupo vulnerável pela natural evolução do seu envelhecimento e pela evolução do seu processo de doença, física ou mental, tendo em conta determinantes psicossociais associados.

Qualquer problema que interfira com a saúde do corpo pode conduzir à doença mental, desde que provoque um desequilíbrio relativamente à organização mental (Sequeira & Sampaio, 2020). Para estes autores (2020), a saúde mental está presente quando se constata o desenvolvimento ótimo da pessoa no seu ambiente, considerando diversas variáveis, sendo elas de ordem biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Traduz-se na capacidade de cada pessoa se relacionar de forma ajustada com os outros; participar e colaborar de forma construtiva e positiva com o meio envolvente; gerir e/ou solucionar conflitos internos e ter a capacidade de investir em realizações sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim sendo, o indivíduo ao manter o equilíbrio das suas funções mentais adquire comportamentos adaptados às diferentes circunstâncias onde está inserido, desenvolve e mantém relacionamentos, tem a capacidade de estudar, trabalhar, tomar decisões, entre outras (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2021).

A doença mental é um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, vindo na pessoa doente a incapacidade para desempenhar os seus papéis sociais (Sequeira & Sampaio, 2020). Os mesmos autores referem a doença mental, como a ausência de harmonia ou desequilíbrio que ocorre na organização interna da pessoa, através das suas características e traços próprios, a partir de fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, entre outros. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, por Cordioli et al, (2014, p.20), a doença mental é designada por perturbação mental, sendo esta uma “perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.” Assim, ao existir uma perturbação mental, ela está interligada com a resposta culturalmente aceite da pessoa perante stressores, “a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo.” (Cordioli et al, 2014, p.20).

Nesta perspetiva, a doença mental pode ser vista como uma alteração em

três domínios essenciais, integração, adaptação e autonomia (Sequeira & Sampaio, 2020). Considerando o processo evolutivo da pessoa e o seu potencial de funcionalidade de um modo simples para um de maior complexidade, esta adapta-se num dado momento a um determinado ambiente ou conjunto de valores sociais e éticos, sente-se capacitada para conduzir a sua vida pelos seus próprios valores, tensões interiores ou pressões exteriores e quando assim não acontece pode verificar-se doença. Assim, a doença surge, nos interesses imediatos e primários dependendo de valores impostos por outros, pelo ambiente ou pelos próprios impulsos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste contexto, a doença mental engloba um conjunto de situações que interferem na vida da pessoa e desta forma, no seu bem-estar, causando sofrimento e podendo atingir proporções muito incapacitantes sendo uma “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei nº 8/2010, p. 258). Desta forma, compromete as suas capacidades, habilidades e competências no desempenho das tarefas fundamentais à sobrevivência, na relação que estabelece com o meio ambiente e na participação ativa na vida em sociedade, com repercussões na sua qualidade de vida (Gühne et al, 2015).

Os critérios atribuídos à doença mental grave, têm uma visão bidimensional, ou seja, a duração da doença e o comprometimento do funcionamento social, a nível da produtividade, da gestão de relações interpessoais e contexto social adverso, interferindo nas capacidades e/ou habilidades específicas a nível social e interpessoal, nas capacidades de vida autónoma, nas capacidades ocupacionais e vocacionais e da própria gestão da doença (OE, 2021).

O impacto da doença mental na população portuguesa tem vindo a atingir números preocupantes, cerca de 23% da população sofre de perturbação mental ou de uso de substâncias, sendo que as doenças mentais contribuem para 17,8% dos anos vividos com incapacidade e 8.3% dos anos de vida ajustados à incapacidade (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2021).

Sequeira & Sá (2010) referem que a promoção da saúde mental está ancorada a determinadas condições de bem-estar psicológico das pessoas e das comunidades onde estão inseridos, focando-se essencialmente no desenvolvimento de competências sociais e competências no âmbito da integração, adaptação, autonomia.

Perspetivando um futuro com maior qualidade de vida na pessoa com doença

mental de evolução prolongada, a estimulação cognitiva surge como uma intervenção essencial na adaptação, integração e autonomia da pessoa à vida familiar, social e à comunidade. É reconhecido pela literatura que manter atividades que estimulam ao nível mental e físico, promovem a preservação das funções cognitivas e funções executivas, minimizando os efeitos que a doença mental desencadeia ao longo percurso evolutivo do ser humano.

1.3. Estimulação Cognitiva

A cognição é referida como um conjunto de capacidades que permitem pensar, perceber o ambiente, compreender e responder ao que é solicitado no percurso de vida (Medalia & Revheim 2002). Nela se incluem, as capacidades de prestar atenção, recordar, trabalhar, processar e organizar a informação, resolver problemas, comunicar. Estas capacidades interagem entre si de modo a facilitar o processo de adaptação de cada pessoa ao seu ambiente e são consideradas as competências base que devem estar presentes para que cada pessoa consiga pensar, ler, perceber, recordar, planejar, organizar e assim ter um funcionamento pleno no meio onde se insere (Medalia & Revheim 2002). Consiste numa função cortical e traduz-se na capacidade da pessoa em obter e usar a informação como forma de adaptação às exigências do meio. Esta função inclui a capacidade de processar a informação e de aprender, contudo pode subdividir-se noutras, como por exemplo: a atenção, a memória, o raciocínio, a orientação. A memória, a linguagem, a praxia, a gnosis, a função executiva e a função visuoespacial são fundamentais na relação que as pessoas estabelecem com os outros e com o ambiente (Sousa, Araújo & Silva, 2020).

À medida que a idade avança e com ela o declínio cognitivo, verifica-se um elevado grau de dependência repercutindo-se na capacidade de memória e de raciocínio (Ladeira & Dias, 2019). As áreas cerebrais mais vulneráveis ao envelhecimento são o córtex pré-frontal, uma vez que dele depende a função executiva, e a substância branca subcortical, responsável pelo processamento da informação. Quanto maior for a atividade cerebral na realização de atividades intelectuais, maior será a capacidade de manter as suas conexões, tendo em vista a capacidade plástica, isto é, a neuroplasticidade (Silva, 2019).

O conceito de aprendizagem, numa dimensão neurobiológica, surge em

estreita relação com o conceito de plasticidade, sendo a neuroplasticidade designada pela capacidade do cérebro em reorganizar os seus circuitos neuronais perante experiências novas, e pela capacidade em modificar e adaptar as suas estruturas e funções em detrimento da aquisição de novas capacidades através da aprendizagem e reorganização cognitiva (Bavelier & Neville, 2002, citado por Reis & Petersson & Faísca, 2009). A plasticidade neuronal tem sido uma área de interesse para investigadores, assim como o fenómeno da reserva cognitiva, caracterizada pelo funcionamento de redes cerebrais alternativas no sentido da otimização de uma determinada função cognitiva (Stern, 2002). De um modo geral, o conceito de neuroplasticidade remete para a capacidade do cérebro se modificar em função de mudanças ocorridas no ambiente, aprendizagem. A existência de reserva cerebral impede a utilização das capacidades cognitivas no seu todo, tendo em conta que o cérebro não é utilizado a 100%, a presença de uma maior ou menor reserva cognitiva, permite que as perdas cognitivas possam ser compensadas, sobretudo se forem estimuladas para tal (Pinho, 2012).

Sousa, Araújo & Silva, (2020), afirmam, que a cognição é um processo complexo e o seu comprometimento afeta várias dimensões da vida da pessoa, desde as atividades de vida diárias, às atividades sociais e de lazer, assim como ao funcionamento em contexto profissional.

A cognição comprometida em pessoas deprimidas, atinge variados domínios neuropsicológicos como: o planeamento e flexibilidade mental; a resolução de problemas; as funções executivas; a tomada de decisão; o nível da atenção, a atenção seletiva foca um estímulo, em prol de outro menos relevante; atenção sustentada, mantém o mesmo nível de ativação no período de tempo de realização da atividade; atenção dividida, processa vários estímulos em simultâneo; a memória de trabalho e fluência verbal, fonética e semântica (Ladeira & Dias, 2019).

A avaliação da função cognitiva é frequentemente realizada por profissionais de saúde e investigadores através de instrumentos, como o Mini Mental State Examination (MMSE) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), considerados ferramentas fundamentais para a prática clínica.

O MMSE foi criado por Folstein em 1975, sendo o teste mais utilizado, sobretudo para triagem do défice cognitivo, em estudos epidemiológicos. São considerados os valores de corte a partir dos quais é avaliado défice cognitivo: analfabetos ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 . Com uma classificação máxima de 30 pontos, tendo as pontuações mais

elevadas, melhores desempenhos. É de fácil aplicação e permite avaliar diversos domínios cognitivos como: orientação temporal e espacial; retenção, repetição de palavras, nomeação, memória imediata; atenção e cálculo através do registo e da concentração; evocação de palavras; linguagem com nomeação, repetição de frase, construção, escrita e compreensão de ordens em três passos sucessivos; capacidade construtiva por meio da cópia de dois pentágonos intersetados por dois ângulos. É um teste de triagem e não de diagnóstico, não substitui qualquer avaliação clínica ou exame neuropsicológico mais rigoroso e torna mais objetivo o processo de avaliação clínica da pessoa (Machado, 2019).

O MoCA por sua vez, é constituído por oito domínios: o visuoespacial e executiva, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação deferida e orientação. É utilizado especificamente no diagnóstico das demências e no défice cognitivo ligeiro. Ambos os instrumentos foram validados para a população portuguesa, sendo o MMSE validado por Guerreiro et al, (1994) e o MoCA validado por Freitas et al, (2010).

O declínio cognitivo pode estar relacionado com determinadas perdas funcionais das atividades de vida diária (AVD). Estas perdas de funcionalidade têm o seu início com o comprometimento das atividades avançadas de vida diária (AAVD), posteriormente pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e por último pelas atividades básicas de vida diária (ABVD) (Dias et al, 2015). Os mesmos autores (2015) defendem que a manutenção do desempenho das AVD é uma medida protetora na preservação das funções mentais e que um estilo de vida ativo pode favorecer a proteção das funções cognitivas. A capacidade funcional da pessoa é avaliada através do desempenho das AVD (Alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, controlar esfínteres); das ABVD (capacidade para o autocuidado); das AIVD, (realizar compras, usar o telefone, gerir assuntos económicos ou utilizar meios de transporte), e das AAVD (domínios físicos, lazer, social e produtivo) (Dias et al, 2015).

Matimba (2014), refere que o desempenho cognitivo, traduz-se na capacidade da pessoa para obter informação e aplicá-la a um conjunto de experiências desencadeadas através da relação com o meio, envolvendo a consciência, perceção, raciocínio e julgamento crítico, no entanto, só é possível através da atenção da visualização mental e resolução de problemas. A manutenção da cognição é preponderante na promoção da independência e autonomia da pessoa em qualquer fase da vida e a sua estimulação pode prevenir ou mesmo retardar o processo de

degeneração do cérebro (Casimiro et al., 2016). A realização de atividades estimulantes ao nível mental e físico favorece a preservação da função cognitiva, através de atividades de estimulação da memória, cálculo, memorização visual e leitura, a sua inexistência ou privação leva de forma gradual ao declínio cognitivo (Imaginario et al, 2017).

Neste sentido, a Estimulação Cognitiva (EC), visa capacitar a pessoa a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar défices cognitivos, valorizando os desejos pessoais e histórias de vida de cada um, traduzidos em ganhos na qualidade de vida (Casimiro et al., 2016). Os mesmos autores (2016) referem que a operacionalização desta intervenção através de variados exercícios como a memorização de palavras para treino da memória, a procura de diferenças entre imagens para treino da atenção, a realização de puzzles para treino da capacidade construtiva, visam a melhoria ou a compensação do défice cognitivo.

Quando falamos de EC, considera-se igualmente importante distinguir também o conceito de Reabilitação Cognitiva e de Treino Cognitivo, diversas vezes confundidos como sinónimos, na prática clínica. Segundo Guerreiro (2005), reabilitar pretende “recuperar”, “restaurar” e “repor” as capacidades funcionais que, de certa forma foram perdidas. Assim, a sua utilização num contexto em que se pretende manter e impedir o agravamento das capacidades cognitivas, parece ser inadequado. O Treino Cognitivo está associado à execução de tarefas através da repetição de exercícios ou de atividades e aproxima-se do que se pretende com a EC. Contudo, a EC ultrapassa o próprio conceito “treinar”, sendo a estimulação “uma energia, de um estímulo sobre um órgão excitável a fim de desencadear a atividade funcional desse mesmo órgão” (Guerreiro, 2005, p. 124). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem “Estimular” é o ato de incitar ou despertar alguma coisa (OE, 2019). Assim a expressão EC, considera a ação de incentivar e impulsionar as funções cognitivas.

No contexto da doença mental, verifica-se frequentemente o aparecimento de défices cognitivos na pessoa com Esquizofrenia (Monteiro & Louza, 2007; Zipursky & Schulz, 2003), na pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar (Figueira, Sampaio & Afonso, 2014) e na pessoa com Perturbação Depressiva Major (Matos, Mourão & Coelho, 2016). Este facto resulta numa diminuição da capacidade da pessoa se manter autónoma na concretização das suas tarefas. Apóstolo & colaboradores (2011) referem que a EC, diminui em grande parte o risco de declínio cognitivo, na presença de perturbações depressivas, como em patologias neurológicas (demências),

melhorando a qualidade de vida e o cuidado à pessoa. No entanto, Evangelista (2013) afirma, não ser possível recuperar as capacidades cognitivas perdidas, através da EC, uma vez que as estruturas e os mecanismos neuronais que servem de base a essas capacidades estão inoperantes, mas potencia as funções ainda intactas e aumenta os recursos e estratégias de compensação.

Medalia & Revheim (2002), reiteram a ideia de que a doença mental conduz ao aparecimento de problemas cognitivos podendo desencadear dificuldades no âmbito do pensamento, da atenção, da memória ou na forma de se expressar claramente, sendo as alterações cognitivas mais evidentes nos episódios de crise, no entanto, podem persistir após ultrapassados esses momentos.

Sousa, Araújo & Silva (2020) referem que a EC está frequentemente associada às demências em pessoas idosas, mas o seu leque de intervenção é muito mais abrangente, podendo ser aplicada em pessoas com cognição comprometida, em situações de défices pós acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, esclerose múltipla, epilepsia. Pode ser operacionalizada de forma individual mantendo as capacidades cognitivas remanescentes, com otimização da autonomia e capacidade funcional, ou em grupo com maior interação social e readaptação de comportamentos. Neste último, torna-se importante considerar as características de cada elemento como sendo as mais homogêneas possíveis. Contudo os mesmos autores (2020) defendem a necessidade de se estabelecer uma cooperação e/ou parceria, entre a pessoa com défice cognitivo, a família, comunidade e profissionais de saúde, com o objetivo de tratar e/ou minimizar os défices cognitivos desencadeados por um prejuízo neurológico.

O Programa de Estimulação Cognitiva (PEC), segundo Sequeira (2018), assenta num período específico de execução, procurando alcançar os objetivos inicialmente traçados, no entanto, deve ser organizado e realizado de forma sequencial e periódica. Contudo, é importante uma avaliação prévia realizada a cada pessoa, tendo em conta a evolução ou a fase em que se encontra a sua doença mental, efetuando-se exercícios com base nos défices existentes, sendo estas estratégias potenciadoras das capacidades ainda mantidas (Sequeira & Sá 2010).

Quando se verificam pequenas melhorias ou mesmo a estabilização das capacidades e funções cognitivas, estas podem ser encaradas como importantes ganhos em saúde (Apóstolo et al., 2011). Para além disso, os mesmos autores (2011) afirmam que a EC tem um impacto muito positivo na relação custo-benefício à semelhança da ação da terapêutica medicamentosa, verificando-se resultados muito

favoráveis do ponto de vista económico. Costa & Sequeira (2013), defendem que este tipo de intervenções, bem estruturadas, constituem um importante elemento quando associadas a terapêuticas farmacológicas. A eficácia da EC é também mencionada por McDermott et al. (2019), como sendo essencial para a função cognitiva, uma vez que tem um efeito superior relativamente a qualquer resultado de medicação anticolinérgica, assim como benefícios significativos na qualidade de vida e no bem-estar, na comunicação pessoal e na interação social.

Apóstolo et al. (2013), já tinha confirmado os benefícios da implementação de um programa de estimulação cognitiva, neste caso, em idosos com sintomatologia depressiva e o seu efeito na qualidade de vida. Este resultado deveu-se sobretudo, referem estes autores (2013), à interação do grupo, através da criação de relações pessoais positivas entre os seus elementos e à dimensão lúdica das atividades, permitindo desta forma a estimulação de diferentes funções cognitivas em simultâneo (linguagem, memória, gnosis praxia e função executiva). Sendo este tipo de atividades e a relação estabelecida no grupo uma importante contribuição para um perfil cognitivo mais positivo (Apóstolo et al., 2013).

O PEC potencia as funções ainda intactas e diminui o risco de declínio cognitivo. Deste modo a EC é fundamental para evitar o agravamento da situação de doença mental da pessoa possibilitando ao profissional de saúde intervir num amplo conjunto de domínios essenciais (Carvalhais et al., 2019). Assim a implementação de programas deste âmbito, favorece a autonomia e atenua o impacto dos défices cognitivos, visam manter as competências cognitivas existentes, compensar as perdas e potenciar novas aprendizagens, com o intuito de aumentar o compromisso com a vida (Matimba, 2014).

1.3.1. O estado da arte - revisão da literatura

Um Estudo de Matsuda et al, (2018), no Japão, em adultos com esquizofrenia, com idades compreendidas entre os 20 e 60 anos, utilizou escalas de avaliação da cognição; de avaliação e classificação de sintomas (escala de Síndrome Positiva e Negativa) e a escala de Avaliação Mental de Vida Diária para avaliar a capacidade funcional na vida diária e na comunidade. Os participantes foram randomizados para um grupo de remediação cognitiva e para um grupo de controle que fez o tratamento convencional ao longo de 12 semanas, antes de iniciar a terapia de remediação cognitiva. Os autores pretendiam desenvolver novos métodos para melhorar o

comprometimento neurocognitivo através da remediação cognitiva e investigar a eficácia deste programa, quando associado ao treino cognitivo computadorizado e à intervenção de um terapeuta, relativamente ao tratamento convencional, no âmbito do funcionamento neurocognitivo e social. Concluíram, que um programa de remediação cognitiva com treino cognitivo computadorizado e reuniões de grupo geridas por um terapeuta, é mais eficaz para melhorar a memória verbal e o score cognitivo, que o tratamento convencional só por si. Combinar estes programas pode ajudar a melhorar o funcionamento social e a recuperação cognitiva, influenciando positivamente o funcionamento da pessoa no seu ambiente, bem como o funcionamento neurocognitivo e a motivação, traduzido em ganhos na saúde da pessoa com esquizofrenia.

Thomas et al, (2018), nos Estados Unidos da América, também analisaram a eficácia do treino cognitivo computadorizado no processamento auditivo, na aprendizagem verbal e nos sintomas clínicos na pessoa com esquizofrenia de um centro de reabilitação em regime de internamento. Tratou-se de um estudo randomizado, com adultos com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, identificados em entrevista clínica estruturada, com base no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, inseridos num programa institucional comunitário, após hospitalização e com pelo menos um mês de estabilização e adaptação ao centro. Os autores verificaram que os participantes apresentaram melhorias na perceção auditiva e na aprendizagem verbal e que a variável idade, os sintomas clínicos, a medicação e a duração da doença não influenciaram negativamente os resultados. Concluíram, que este grupo populacional beneficia deste tipo de programa, mesmo com elevados níveis de incapacidade e que a sua participação poderá promover melhorias significativas nos domínios da cognição e da funcionalidade.

Numa perspetiva de testar a aplicabilidade da intervenção treino cognitivo compensatório, em pessoas com doença mental grave e que procuram trabalho, Twamley et al, (2019), nos Estados Unidos da América, realizaram um estudo randomizado controlado, visando a memória prospetiva, atenção, aprendizagem e o funcionamento executivo, no contexto de emprego apoiado através de um especialista na área da empregabilidade, tendo sido aplicado em adultos com 18 anos ou mais anos, durante 12 semanas. Os autores concluíram que esta intervenção beneficiou a memória de trabalho, os sintomas depressivos e a qualidade de vida. Embora não aborde diretamente os sintomas da doença, estava associado à melhoria

da gravidade dos sintomas depressivos, possivelmente devido à eficácia e aquisição de novas habilidades e/ou relações sociais facilitadas pelo especialista de emprego.

Ching-Man Lau & Wai-Kwong Tang, (2021), na China, aplicaram um programa de treino cognitivo em pessoas com doença mental grave, utilizando aplicativos como computadores e tablets analisados e categorizados por terapeutas ocupacionais, incidindo em exercícios direcionados para as áreas cognitivas como a velocidade de processamento, atenção, memória de trabalho, memória verbal, memória visual, raciocínio e resolução de problemas. Os aplicativos móveis foram selecionados com base nas áreas deficitárias identificadas na pré-avaliação. Os participantes estavam sob a orientação e supervisão de uma equipa experiente de terapeutas ocupacionais. Foram aplicadas as escalas de avaliação antes e depois do programa, Montreal Cognitive Assessment Hong Kong (HKMoCA) e Avaliação Breve da Memória Prospectiva (BAPM), (avaliação do funcionamento diário dos participantes). Efetivamente o desempenho cognitivo e o funcionamento diário das pessoas com doença mental grave melhorou, principalmente ao nível da memória episódica verbal, nos participantes com o ensino básico relativamente aos do ensino médio ou superior, (Lau & Tang, 2021).

É consensual na literatura, a premissa de que as pessoas com doença mental grave apresentam dificuldade na realização das atividades de vida diária, esses défices funcionais parecem estar associados a défices cognitivos específicos que afetam a atenção, o funcionamento executivo, a fluência verbal, a aprendizagem e a memória, sendo a negligência com o autocuidado um problema frequente neste grupo, (Birken et al, 2021). Neste contexto, os mesmos autores (2021), na Inglaterra, numa Revisão Sistemática da Literatura e Meta-Análise, consideraram os adultos a partir de 18 anos ou mais anos, pelo menos 50% da amostra com diagnóstico primário de doença mental grave, sobre a eficácia das intervenções que contribuem para melhorar o autocuidado na pessoa com doença mental grave. Os resultados encontrados foram positivos na cognição e no funcionamento da pessoa, através das intervenções estudadas, treino de habilidades funcionais, remediação cognitiva, treino cognitivo, programa educacional de reabilitação psicossocial. Estas intervenções melhoram o autocuidado quando associadas entre si e trabalhando os défices cognitivos sob a forma de um programa estruturado por meio de atividades práticas da vida real, melhorando o funcionamento.

Nos Estados Unidos da América, Lejeune et al, (2021), através de uma Revisão da Literatura e Meta-Análise, procuraram estudar a intervenção remediação cognitiva

em adultos na faixa etária dos 30 anos, na sua maioria homens, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, com o objetivo de investigar a eficácia e o papel de determinados fatores na função cognitiva e na funcionalidade do quotidiano. Foram considerados ensaios clínicos aleatórios que permitiram comparar a intervenção remediação cognitiva com um grupo de controlo sem essa intervenção. Consideraram estudos em que os participantes interagiam com o computador, estudos com presença de um terapeuta e ainda outros com apoio de um terapeuta no treino de estratégia no âmbito da aprendizagem. Os autores (2021) verificaram resultados positivos de baixa e média relevância em todos os domínios da cognição estudados e na funcionalidade da pessoa e concluíram que os programas que utilizam grupos de ligação e treino de estratégias têm um forte potencial a nível cognitivo.

Um programa de remediação cognitiva com treino cognitivo computadorizado e reuniões de grupo é mais eficaz e melhora a capacidade da memória verbal e o score cognitivo, em comparação com tratamentos convencionais (Matsuda et al, 2018). Na perspetiva destes autores, combinar estes programas com programas psicossociais tradicionais focados na função social pode ajudar a melhorar o funcionamento social e a recuperação cognitiva. Esta prática clínica revela-se essencial, tal como referem Lejeune et al, (2021), tendo em conta que a idade, o género, a sintomatologia positiva/negativa e a dose da terapêutica, não constituíram impedimento aos ganhos obtidos pelas intervenções na capacidade cognitiva e, deste modo, os programas praticados apresentam benefícios e ganhos para a saúde deste grupo populacional.

Na generalidade, os resultados obtidos nos estudos foram tendencialmente positivos para o funcionamento cognitivo da pessoa e no que diz respeito à sua funcionalidade, através da aplicação de programas e intervenções que utilizam técnicas de estimulação cognitiva.

Em conclusão, a Revisão Integrativa da Literatura realizada sobre a estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada, permitiu identificar e compreender diferentes abordagens de intervenção na dimensão cognitiva, no funcionamento da pessoa no seu dia-a-dia, assim como os seus resultados. Os estudos analisados incluíram pessoas com doença mental grave e por isso com comprometimento da cognição, que se encontravam na comunidade e centros de reabilitação tutelados. Englobaram intervenções como o treino cognitivo, treino de habilidades funcionais, remediação cognitiva, educação e reabilitação psicossocial. Neste contexto foram obtidos resultados muito positivos na capacidade

cognitiva e na funcionalidade da pessoa.

Importa por isso, compreender as potencialidades de adaptação do cérebro humano, em particular na pessoa com doença mental, através de aprendizagens e perante novas experiências vivenciadas ao longo da vida e o seu reflexo na plasticidade cerebral. Assim verifica-se que a estimulação cognitiva potencia as funções cognitivas intactas, bem como as que se encontram afetadas, de forma a proporcionar uma maior independência, ganhos para a saúde e uma maior qualidade de vida.

1.4. Betty Neuman - uma visão do cuidar em enfermagem

Considerada a complexidade da intervenção do enfermeiro nos vários contextos de cuidados na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e numa visão integrativa de cuidados e mais especificamente no âmbito da Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de Evolução Prolongada, optou-se por ter como referência o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O modelo conceptualiza a pessoa numa visão holística e multidimensional em permanente interação com o ambiente e exposta a fatores stressores. Desta forma é possível interpretar como a pessoa com experiência de doença mental interage e responde aos mesmos, e por último identificar as suas consequências no processo saúde-doença. É facilmente adaptável a qualquer contexto da enfermagem, ensino, prática e investigação, focando a pessoa/cliente como um todo.

O modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, designado pelo Modelo de Sistemas, foi desenvolvido numa abordagem dinâmica e aberta no cuidar da pessoa, construindo um corpo de conhecimentos essenciais na definição e identificação de problemas e numa melhor compreensão dos mesmos, em permanente interação com o ambiente. Neuman apresentou um conceito filosófico e biológico do cuidar do outro baseando-se nas suas experiências clínicas de uma variedade de ambientes de cuidados de saúde e nas perspetivas teóricas do stress e dos sistemas (George, 2014). Inclui a liberdade, o dinamismo e a criatividade da relação do sistema à medida que dá resposta aos stressores dos ambientes internos e externos (George & colaboradores, 2000).

A ideia de que todas as pessoas apresentam um estado de equilíbrio dinâmico na interação com o seu ambiente, é defendida por Neuman (1995), como tendo um efeito de bem-estar e de estabilidade no seu sistema. Defende ainda, que na presença

do fator stress, surge uma tensão, com capacidade para provocar instabilidade no sistema e, assim, desequilíbrio na harmonia pessoal. Um processo de desarmonia pode acontecer sempre que os fatores de stress ultrapassem as linhas de defesa da pessoa.

O conceito de pessoa enquanto sistema é visto como um conjunto de variáveis, em que cada parte é integrada num todo e no seu conjunto constituem o cliente. Este, por sua vez, sendo um sistema, é formado por uma estrutura básica concêntrica, dela fazem parte fatores essenciais e círculos que atuam na sua proteção. Estes círculos servem de “escudos protetores” e são compostos pelos stressores, pelas variáveis e pelas diferentes proposições que em conjunto atuam para obter, recuperar ou manter a estabilidade e integridade do sistema (Neuman, 1995). Os stressores são considerados fenómenos que podem transpor a linha flexível ou a normal defesa do sistema e produzir tensões, podendo assim desencadear uma resposta positiva ou negativa influenciando diretamente decisões, atitudes e comportamentos do ser humano. O conceito de ambiente, é visto como sendo o conjunto de todos os fatores internos e externos ou influências ambientais que podem interferir com o cliente em qualquer momento, através das suas forças ambientais positivas ou negativas (Neuman, 1995). A autora, considerou três tipos de stressores ambientais: intrapessoais, emoções e sentimentos do cliente; interpessoais, expectativa do papel da pessoa; extrapessoais, problemas em contexto profissional/financeiros.

O Modelo foi centrado na resposta do sistema cliente, na pressão do meio envolvente e na prevenção primária, secundária e terciária para obter, manter e recuperar o bem-estar do cliente como elemento integrante do sistema e constituído por diversas variáveis de interação social (Tomey & Alligood, 2004).

A pessoa como sistema aberto em interação com o meio é composta por cinco variáveis que fazem parte da sua estrutura básica e que interagem entre si, são elas: fisiológicas, associadas às funções do organismo; psicológicas, relativo a processos mentais e relacionamentos; socioculturais, no âmbito das atividades sociais e culturais; desenvolvimentistas, integrando os processos de desenvolvimento do ciclo de vida e espirituais, na influência através das crenças espirituais (Neuman, 1995). Num estado de harmonia e de homeostasia todas estas variáveis funcionam com estabilidade perante fatores stressores dos ambientes internos e externos (Freese, 2004). Assim, o conceito de saúde está relacionado com a estabilidade do sistema, na continuidade do seu bem-estar quando todas as partes estão em equilíbrio e harmonia e, quando se verifica a satisfação de todas as necessidades, existindo um

bem-estar ideal (George, 2000). Perante esta situação, surge um processo de adaptação, dinâmico e contínuo no crescimento e desenvolvimento do sistema, em contrapartida, a desarmonia entre as diferentes partes, poderá levar à doença (Freese, 2004).

A evolução de um sistema aberto pode ser vista como um processo de sobrevivência, tornando-se continuamente mais elaborado, complexo e diferenciado. Estas condições internas de regulação constante tornam-se cada vez mais complicadas e muitas vezes incompreensíveis (George, 2014).

É com base neste processo em permanente transformação e evolução, caracterizado pela complexidade e pela exigência cada vez maior na procura do bem-estar ideal, que a profissão de enfermagem intervém de forma ímpar nos cuidados à pessoa com experiência de doença mental, tendo em vista a sua integração, adaptação e reinserção social. A intervenção de enfermagem reflete-se ao nível de todas as variáveis citadas anteriormente, estas por sua vez afetam o modo como as pessoas respondem aos fatores de stress e potenciam os seus recursos para alcançar de novo o equilíbrio do seu sistema, mantendo a homeostasia o maior tempo possível. A abordagem à pessoa com experiência de doença mental, família ou comunidade dá-se através da interação com os stressores ambientais, desencadeando fenómenos de adaptação aos três níveis de prevenção. A prevenção é realizada com base na análise e avaliação criteriosa dos efeitos reais e potenciais destes stressores e dos cuidados à pessoa enquanto sistema, fazendo os respetivos ajustes sempre que necessário no sentido de uma melhor adaptação.

Deste modo, a intervenção de enfermagem perante a pessoa com doença mental e sua família, é caracterizada segundo o modelo, por três níveis de prevenção: as intervenções integradas na prevenção primária incluem a identificação do risco ou perigo da pessoa enfrentar o fator stressor e reduzir ou mitigar essa mesma possibilidade, o estímulo produz internamente uma determinada tensão no sistema. Assim, o foco é procurar capacitar a pessoa, revitalizar e reconstituir o sistema, com o objetivo de diminuir a sua reação a esse mesmo estímulo. É disso exemplo, a pessoa com doença mental de evolução prolongada (Esquizofrenia, Depressão) procurando capacitá-la com os seus recursos internos e criar estratégias de forma a manter ou melhorar a sua funcionalidade e independência, integrada na família, na comunidade e na sociedade.

A prevenção secundária acontece quando a pessoa enfrentou o stressor sendo necessário reduzir os seus efeitos nocivos, sejam eles reais ou potenciais (como por

exemplo na sintomatologia depressiva). A intervenção de enfermagem, concentra-se no reforço das capacidades internas e na proteção da pessoa com recurso ao tratamento adequado dos sintomas, através de um conjunto de prioridades de intervenção, envolvendo a pessoa e família na negociação dos objetivos a alcançar, e mobiliza um conjunto de recursos externos, envolvendo recursos disponíveis na comunidade e no seio familiar, no sentido de um bem-estar ideal, estável e duradouro.

No caso da prevenção terciária o foco principal é a redução dos efeitos residuais deixados pelo stressor após o tratamento, ou seja, remissão dos sintomas depressivos. O seu objetivo é manter o bem-estar e proteger as capacidades internas da pessoa, fortalecendo a sua resistência aos stressores de modo a prevenir o reaparecimento da reação e a regressão das suas potencialidades/capacidades. Esta fase da prevenção pode ser reforçada pela participação em programas de reabilitação psicossocial que sejam inclusivos para a pessoa.

Neste sentido, a formulação dos diagnósticos de enfermagem permite determinar quais os fatores de stress ou variáveis que colocam em risco a estabilidade e harmonia da pessoa, relativamente às suas perceções e às que são identificadas pelo enfermeiro. No planeamento dos objetivos de enfermagem, a curto e a longo prazo, definem-se as prioridades estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa e as estratégias de intervenção mais adequadas. A avaliação das intervenções é efetuada após a mudança desejada ou quando se confirma a necessidade de reformular estratégias.

A escolha deste modelo para a prática clínica, deveu-se ao facto de permitir uma maior coerência nas intervenções de enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica, através de uma abordagem holística à pessoa com doença mental de evolução prolongada tendo em conta diferentes variáveis e contextos, funcionando como uma estrutura conceptual na elaboração dos diagnósticos com base nos stressores, nas alterações provocadas pelas variáveis na relação com o meio envolvente, no planeamento e organização dos cuidados de enfermagem sinalizando a intervenção aos três níveis de prevenção.

Este Modelo veio promover a realização de intervenções especializadas de enfermagem, permitindo que a pessoa com experiência de doença mental possa manter, reter ou atingir a sua estabilidade e harmonia. Deste modo, um programa de EC integrando pessoas com doença mental de evolução prolongada é fundamental porque, não só mobiliza os seus recursos internos como coloca ao seu dispor um conjunto de “ferramentas” que lhes permitem recuperar o equilíbrio e atingir a plenitude

do seu próprio sistema. Este modelo foi aplicado ao longo do percurso de estágio, nos mais variados contextos e em diversas situações do trabalho. Tratou-se de um modelo orientador e organizador do percurso de aprendizagem e no desenvolvimento de novas competências.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM EM ESTÁGIO

O capítulo que se segue apresenta o percurso realizado ao longo do estágio e compreende dois subcapítulos, o primeiro refere-se ao contexto de internamento, à sua caracterização e à descrição das intervenções e atividades realizadas. O segundo subcapítulo diz respeito ao contexto comunitário com a respetiva caracterização e narração das intervenções e atividades desenvolvidas.

A implementação do projeto alicerçou-se em três princípios fundamentais nomeadamente, a investigação, a prática e a reflexão. Todas as intervenções foram ancoradas na evidência científica e visaram a prestação de cuidados centrados na pessoa, família e/ou grupo, tendo por base técnicas de intervenção psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Ao longo do percurso realizado foram considerados os procedimentos éticos: apresentação pessoal e profissional à pessoa ou grupo; pedido do consentimento informado; anonimato e confidencialidade dos dados. Todas as intervenções e cuidados realizados, tiveram por base os princípios da beneficência, não maleficência, justiça, respeito e autonomia.

Em cada contexto de estágio foram previamente elaborados cronogramas com o objetivo de estruturar e organizar as intervenções a realizar. Nas intervenções efetuadas foram consideradas as especificidades de cada campo de estágio, tendo sido necessário algumas alterações na sua operacionalização, assim como, a elaboração de diferentes atividades e dinâmicas.

No estágio pretendeu-se, adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do EEESMP no âmbito da prestação e gestão de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducativos, a pessoas e famílias nas diferentes etapas do seu processo saúde/doença mental nos mais variados contextos. Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos de estágio: identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto comunitário e de internamento; desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas identificados na pessoa com doença mental de evolução prolongada, nos contextos de estágio; implementar um programa de estimulação cognitiva na pessoa com doença mental de evolução prolongada, em contexto de estágio; demonstrar um

elevado nível de autoconhecimento e de tomada de consciência de si a nível pessoal e profissional, nos contextos de estágio.

2.1. Contexto de Internamento

O estágio em contexto de internamento teve a duração de 10 semanas, num período compreendido entre 26 de setembro e 2 de dezembro de 2022.

2.1.1. Caracterização do local de estágio

O primeiro local de estágio foi referente à componente de internamento, decorreu numa instituição particular de solidariedade social localizada na área da grande Lisboa que é referência na prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Aqui os cuidados de saúde integram uma intervenção terapêutica baseada em aspetos biológicos, psicológicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais, ou seja, todas as dimensões da pessoa numa visão humanista, baseada nos progressos científicos e técnicos, no pleno respeito pela pessoa, pelos seus direitos, pela sua cultura, valores e convicções religiosas.

A instituição engloba o internamento, hospital de dia, consulta externa e unidades residenciais. Beneficia de estruturas técnico-assistenciais de reabilitação e socioterapêuticas na elaboração de programas de intervenção e assistência por meio de uma equipa multidisciplinar. A metodologia de intervenção inclui o diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de programas individualizados de cuidados na vertente preventiva, terapêutica e de reabilitação, perspetivando a recuperação da pessoa e do seu projeto de vida. A equipa multiprofissional é composta por psiquiatras, medicina interna; enfermeiros licenciados, especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e especialistas em reabilitação; psicólogos; psicomotricistas; terapeutas ocupacionais; fisioterapeutas; assistentes sociais e assistentes operacionais.

Os utentes chegam à instituição referenciados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), através de acordos e protocolos com os subsistemas de saúde, seguros de saúde e em regime privado. Em consulta externa é realizada uma primeira consulta com o psiquiatra e consulta de enfermagem. Posteriormente em regime de internamento é estabelecido um programa de intervenção terapêutica em conjunto

com o utente e familiares.

O estágio decorreu em duas unidades residenciais, especificamente na área da psicogeriatria, sendo esta uma área direcionada para cuidados de saúde e reabilitação de pessoas com uma média de idades que variam entre 35 e 85 anos e que manifestam comorbilidades do ponto de vista orgânico, perturbações do foro mental, alterações funcionais, cognitivas e do comportamento.

As unidades residenciais, em conjunto, integram um total de dezoito utentes com um grau elevado de autonomia nas AVD, alimentação, adesão ao tratamento, higiene pessoal e relação com o meio envolvente, sendo uma delas constituída apenas por utentes do sexo feminino, num total de 7 utentes e a outra mista, num total de 11 utentes. Os utentes colaboram em determinadas atividades domésticas com a supervisão de assistentes operacionais, participam em eventos sociais, atividades de lazer e profissionais, mantendo e/ou melhorando a capacitação para a realização de AVD e para a aquisição de competências que lhes permita uma maior autonomia possível. Na generalidade os utentes, apresentam diagnósticos clínicos como: esquizofrenia; transtorno esquizoafetivo; doença bipolar; psicose e em alguns casos, no âmbito da patologia neurológica, demência frontotemporal.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem um papel preponderante no acompanhamento dos utentes, não só devido à diversidade de diagnósticos clínicos como às implicações que estes acarretam no desempenho das AVD, ABVD, AIVD no dia a dia. O enfermeiro efetua diariamente consultas de enfermagem no âmbito do tratamento de problemas físicos e acompanhamento de situações de crise e/ou situações que possam antever uma situação de crise do foro mental, através da avaliação do estado mental numa parceria estreita com a equipa multidisciplinar e em particular com a equipa médica. Realiza visitas regulares às unidades no sentido de acompanhar as dinâmicas domésticas, identificar as necessidades e dificuldades sentidas, assim como os sucessos alcançados no desempenho das funções e avaliar a interação social estabelecida entre os utentes em contexto de grupo. Em termos farmacológicos, procede semanalmente à preparação da terapêutica oral em sistema unidose, com agendamento específico para a administração de terapêutica injetável, avaliando rigorosamente e acompanhando os efeitos secundários da mesma. Participa e colabora em reuniões multidisciplinares, apresentação de casos clínicos, partilhando informação fundamental para resolução de problemas que visam a melhoria dos cuidados e o excelente funcionamento da equipa. Trabalha como “elo de ligação” entre

o utente e a família ou cuidador, de modo a envolver todos os intervenientes numa atitude participativa no projeto de vida de cada utente e deste modo alcançar o bem-estar ideal dos utentes.

Este modelo de intervenção possibilita a concretização de um plano terapêutico de maior proximidade, estimulando as capacidades de cada pessoa através da disponibilização dos recursos necessários e oportunidades, integrando os conceitos empowerment e recovery, que funcionam como complemento às intervenções clínicas.

2.1.2. Intervenções e atividades realizadas

No contexto de internamento, reuni informalmente com peritos na área da EC, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, entre outros, com o objetivo de conhecer o trabalho desenvolvido por estes profissionais, as estratégias utilizadas na operacionalização das atividades, assim como conhecer os resultados obtidos e a opinião junto dos utentes; visita aos ateliers sócio terapêuticos acompanhada pela terapeuta ocupacional e pela enfermeira orientadora; consultei o material de apoio existente no serviço e os trabalhos realizados, assim como programas de EC e instrumentos de avaliação da cognição implementados na Instituição; foi possível o acompanhamento de utentes às atividades de terapia ocupacional, de lazer como ida ao bar e passeios pelo jardim, a um hipermercado local para a realização de compras acompanhadas por um técnico de saúde, tendo por objetivo terapêutico o treino de funções executivas, com transposição para o contexto real. Deste modo pude observar como experienciam as emoções, os sentimentos, como se esforçam para se manterem ativos e dinâmicos através de atividades muitas vezes geradoras de stress e como estas contribuem para relações sociais mais positivas, para a manutenção das suas capacidades cognitivas, motoras, entre outras.

Todos estes momentos de partilha foram enriquecedores e orientadores do percurso e de extrema importância na construção e organização das intervenções de enfermagem, tendo sempre o cuidado de contextualizar com os gostos, as preferências e as histórias de vida das pessoas. Como Neuman afirma no seu Modelo de cuidar, a pessoa é um todo e não a soma das partes, é um sistema aberto e está em constante interação com o ambiente envolvente, sendo muitas vezes afetada por diversos fatores de stress que podem desencadear o seu desequilíbrio. Assim é através de uma visão holística da pessoa defendida pela autora, que a intervenção de

enfermagem faz sentido.

Pela especificidade deste contexto de estágio e sendo a implementação do projeto, de carácter mais interventivo, descrevem-se de forma exaustiva todas as dinâmicas, atividades e outros processos de trabalho efetuados. Para a realização das intervenções, foi considerado um espaço terapêutico próprio e cumpridos os requisitos de segurança e de bem-estar biopsicossocial e espiritual das pessoas. O processo terapêutico desenvolveu-se com a premissa de possibilitar à pessoa vivências e experiências gratificantes, refletidas deste modo nas relações intrapessoais e interpessoais de cada uma (OE, 2018).

A relação terapêutica tornou-se o centro de todas as intervenções, atividades e dinâmicas. Foi um processo de aprendizagem através da reflexão na ação e criatividade, com a finalidade alcançar os objetivos definidos. Assim, todas as atividades foram desenvolvidas sob a supervisão e orientação da enfermeira orientadora clínica e de enfermeiras com experiência na área da estimulação cognitiva e também sob o acompanhamento e a supervisão da docente, através de reuniões que contribuíram para a aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Assim foram considerados os seguintes objetivos terapêuticos:

Objetivo Geral:

- Manter e/ou melhorar a cognição, através de uma maior capacidade funcional e autonomia atenuando o impacto causado pelos défices cognitivos na pessoa com doença mental de evolução prolongada.

Objetivos Específicos:

- Manter e/ou melhorar a atenção e concentração, através da capacidade de focar e direccionar conhecimentos mantendo a atenção focada numa tarefa num determinado período, estimulando a atenção sustentada;
- Estimular a memória de trabalho, memória a curto prazo;
- Exercitar a linguagem escrita e verbal, fluidez verbal, descrição de imagens, denominação de objetos e a sua funcionalidade;
- Proporcionar a interação social, através da perceção e compreensão das regras sociais e das atividades em curso;
- Manter e/ou melhorar a capacidade de raciocínio e resolução de problemas através de habilidades enquadradas nas atividades propostas, capacidade de resolver novos problemas, associar e

reorganizar ideias e informações.

Após várias reuniões com a enfermeira orientadora, foi organizado o plano de intervenção com várias etapas:

1ª Etapa da seleção dos participantes

Critérios de inclusão:

- Pessoas que vivem nas duas unidades residenciais de psicogeriatría, local de estágio, no âmbito da reabilitação psicossocial e que deram o seu consentimento;
- Pessoas com potencial cognitivo a nível de leitura e compreensão da língua portuguesa;
- Pessoas que manifestaram interesse em participar nas dinâmicas de grupo e/ou individuais, seleccionadas no âmbito da EC.

Critérios de exclusão:

- Pessoas que manifestavam incapacidade de respeitar as regras do grupo na realização das intervenções planeadas;
- Pessoas que apresentavam quadro de agudização da sua patologia mental ou patologia física;
- Pessoas que pudessem interferir de forma negativa nas dinâmicas propostas e consequentemente na relação com outros elementos;
- Pessoas sem potencial cognitivo no âmbito da leitura e compreensão da língua portuguesa;
- Pessoas que não manifestaram interesse em participar em dinâmicas de grupo e/ou individuais.

2ª Etapa da seleção dos participantes

Foi considerada após a aplicação do MMSE sob a supervisão da enfermeira orientadora, a todos os participantes das duas unidades residenciais, sendo o instrumento mais utilizado no rastreio do declínio cognitivo e na avaliação global das funções cognitivas na prática clínica da instituição. Foram seleccionados os participantes com um score igual ou inferior a 22, finalizando com cinco participantes: um homem e quatro mulheres, com idades compreendidas entre os 63 e 74 anos de idade; quatro participantes com o 1º ciclo e um com o 3º ciclo de escolaridade.

Foi elaborado um cronograma das atividades/sessões e a planificação das

atividades terapêuticas com a especificação dos objetivos terapêuticos, incluídos nas dinâmicas de EC, a descrição dos recursos a utilizar e as áreas cognitivas trabalhadas. Foram constituídas quatro atividades diferentes, denominadas por: Atividade 1- “Ao Encontro das Palavras”; Atividade 2- “Números Baralhados”; Atividade 3- “Sentidos da Nossa Vida”; Atividade 4- “Portugal, a Nossa Terra”.

A atividade “Ao Encontro das Palavras” consistia na realização de um exercício de palavras cruzadas, em que no topo de cada linha vertical ou horizontal se encontrava a imagem que daria nome à palavra desconhecida. As letras, peças soltas coloridas, recortadas e arrumadas em pequenos sacos individualizados, eram colocadas dispersas junto de cada participante. Era fornecido um esquema de palavras cruzadas diferente, havendo a hipótese de trocarem entre si. Após a descoberta das palavras mistério era pedido a elaboração de frases relacionadas com as mesmas e a construção de um texto. Por último havia a partilha com o grupo.

A atividade “Números Baralhados” era baseada em exercícios de cálculo, atribuindo a cada participante um conjunto de folhas para a realização de operações de subtração, soma, divisão e multiplicação. Neste exercício era pedido a cada participante que adicionasse cartas de um baralho ou um número, ao quadrado mistério, conforme o indicado na operação.

Na atividade “Sentidos da Nossa Vida” era proposto um desafio aos sentidos de cada participante através da exposição de várias caixas com ervas aromáticas, especiarias, frutas, limão, folhas de árvore (ex. eucalipto, pinheiro, pinhas). A cada participante era pedido para tocar, cheirar, sentir a textura e por último adivinhar sem olhar para a caixa, tendo a liberdade de falar sobre ele, finalidade, benefícios, textura, cor, época de produção.

Por último “Portugal, a Nossa Terra”, esta atividade era composta por quatro cestas pequenas com fotografias temáticas, gastronomia, costumes e tradições, paisagens e monumentos e uma cesta com perguntas diversas e orientações para a operacionalização das tarefas. Consistia na construção de um puzzle do território continental português, com apoio de um modelo de pequenas dimensões numa folha A5. Aqui cada participante retirava um cartão da cesta, lia o mesmo para conhecimento do grupo e cumpria a indicação escrita; no caso de dificuldade todos podiam colaborar.

O programa foi operacionalizado ao longo de 6 semanas, atividade 1 realizada na primeira, segunda e quinta semana; atividade 2 realizada na segunda, terceira e quinta semana; atividade 3 realizada na segunda, quarta e sexta semana; atividade 4

realizada na terceira, quinta e sexta semana, perfazendo um total de 12 sessões. Todas as sessões contemplaram um tempo de esclarecimento sumário da atividade com questões sobre a sua aplicabilidade e ainda um momento para reflexão relativo à sessão anterior. No final de cada sessão era entregue a cada participante um pequeno cartão de agendamento da sessão seguinte.

No início do programa, foi verbalizado pelos participantes o receio sobre as atividades, “enfermeira acho que não vou conseguir fazer nada”, outro participante afirmava “gostaria de voltar para trás, já estou muito cansada”, “será difícil o que vamos fazer?”. Foi referido que, o importante era estar presente e poder em grupo participar na atividade com interajuda e partilha dos sucessos e dificuldades. Todos os participantes se mostraram motivados durante as diferentes atividades, manifestando intenção na continuidade das dinâmicas nas suas residências. Partilharam as experiências vividas com outros utentes, profissionais de saúde e familiares. Uma participante tinha partilhado com as filhas a atividade “Ao Encontro das Palavras” afirmando “foi muito bom, já não lia nem escrevia há muito tempo” e acrescentou “mal consigo pegar no lápis e na caneta, é como se a cabeça esquecesse tudo”.

A atividade “Números Baralhados” representou maior exigência para o grupo, no entanto, a sua resolução quando transposta para situações reais do dia a dia parecia ficar simplificada. Foi proposto a resolução da operação a um dos participantes “ $8:2=?$ ”, conhecendo um pouco a sua história familiar, a operação foi adaptada ao ambiente real do seu contexto familiar. Pretendia-se dividir 8 € em partes iguais para as suas duas filhas e saber quanto dinheiro dar a cada uma delas, de seguida respondeu “para não ficarem chateadas, tenho de dar 4 € a cada uma”.

Foi com sucesso que se realizou a atividade “Sentidos da Nossa Vida”, o toque, o cheiro e a textura dos “objetos desconhecidos” presentes nas caixas, fez reviver experiências importantes nas suas vidas. Observada a interajuda, a emoção e a partilha de vivências entre todos, em particular uma das participantes referiu “enfermeira espero que não fique aborrecida, mas gostaria de manter o cheiro do abacaxi nas mãos, dá-me uma sensação de prazer que nem calcula!” e acrescentou “sou da Madeira”.

“Portugal, a Nossa Terra” foi uma atividade que causou enorme satisfação aos participantes, pois reconheceram facilmente algumas imagens reportando-se aos lugares que visitaram, à gastronomia, aos costumes e tradições que conheciam, partilhando essas experiências com o grupo. Apesar de não ter surgido qualquer foto

representativa do “corridinho da Madeira”, uma das participantes levantou os braços e simulou a referida dança, sendo feita uma saudação emotiva pelos restantes elementos.

As sessões foram enriquecidas pelas partilhas realizadas com benefício na relação que cada elemento estabeleceu com o grupo. Como sugestão foi referido pelos participantes a introdução das regiões autónomas da Madeira e dos Açores na atividade “Portugal, a Nossa Terra”.

Após cada sessão, foram realizadas notas de campo e o seu conteúdo englobou um registo descritivo e reflexivo sobre cada sessão; sentimentos; problemas; ideias; impressões; dúvidas e receios; surpresas; deceções e sugestões.

Este processo de trabalho finalizou com a avaliação dos participantes às sessões efetuadas através de um questionário de avaliação das atividades terapêuticas utilizado na Instituição, sendo necessário a realização de alterações de forma a simplificar a leitura, a compreensão e o preenchimento do mesmo, trabalho acompanhado pela enfermeira orientadora. No instrumento de avaliação, era pedido a cada participante, numa primeira parte, a leitura das seguintes frases: “As atividades ajudaram a minha memória a lembrar de coisas e situações”; “As atividades ajudaram a melhorar a atenção e concentração nas tarefas do dia a dia”; “As atividades ajudaram no treino da escrita e da leitura”; “As atividades permitiram um ambiente de confiança entre grupo”; “Compreendi o que as atividades transmitiram”; “Senti-me motivado durante as atividades”; “As atividades foram importantes para mim”; “Os materiais usados ajudaram-me a perceber melhor o que era pedido nas atividades”. De seguida a cada frase faziam corresponder a sua opinião de: Discordo, Não Concordo Nem Discordo, Concordo, Concordo Bastante.

Assim, no final das 12 sessões foi possível concluir que: todo o grupo referiu “Concordo Bastante” que todas as atividades desenvolvidas foram importantes; ajudaram no treino da escrita e da leitura; permitiram um ambiente de confiança entre o grupo; a motivação durante as atividades e os materiais usados ajudaram a perceber melhor o que era pedido nas atividades. Três participantes referiram “Concordo Bastante” e dois “Concordo”, que as atividades ajudaram a memória a lembrar de determinadas coisas e situações. Quatro elementos mencionaram “Concordo Bastante” e um “Concordo” que as atividades ajudaram a melhorar a atenção e concentração nas tarefas do dia a dia. Um elemento afirmou “Concordo Bastante” e quatro “Concordo” que compreenderam o que as atividades transmitiram.

Na segunda parte do instrumento de avaliação, foram colocadas duas questões

abertas: “Qual ou quais as atividades que mais gostou? Explique porquê” e, “Qual ou quais as atividades que achou mais difícil? Explique porquê”. Relativamente à primeira questão, verificou-se que os cinco participantes referiram ter gostado de todas as atividades, tendo um elemento mencionado que “foram engraçadas” e “rimos muito”, outro elemento afirmou que a preferida foi “sentidos da nossa Vida”, justificando que lhe fazia lembrar vivências passadas, argumentando “...também semeei ervas aromáticas e tirava-lhe as ervas daninhas, até me fazia dor nas costas, o tempo que andava dobrada” e três elementos não justificaram. Na segunda questão aberta, registou-se que dois participantes não consideraram as atividades difíceis, dois referiram ser de maior dificuldade a atividade “Números Baralhados” justificando “já não tenho cabeça para os números e levo muito tempo a fazer isso” e “tenho dificuldade nas contas”, um elemento afirmou ter sido mais difícil a atividade “Portugal, a nossa terra”, justificando “eu não conhecia muito as regiões do nosso país”.

Para além da implementação do PEC, destaco ainda outras atividades e processos de trabalho desenvolvidos neste contexto clínico, de forma a responder aos objetivos:

- Integração e participação em reuniões de equipa multidisciplinar com apresentação do projeto e dos seus resultados;
- Reflexão diária com a enfermeira orientadora acerca das experiências vividas, com partilha dos sentimentos e emoções através da reflexão da prática clínica;
- Realização da 1ª Reflexão Crítica de Aprendizagem;
- Participação como formanda no Simpósio “Inovações em Neuroestimulação em Psiquiatria” abordado a eletroconvulsivoterapia, terapias de Neuroestimulação, no tratamento da doença mental grave, estimulação magnética transcraniana, vantagens, desvantagens, efeitos secundários, situações de aplicabilidade, a 10/10/22; Webinar sobre “A viagem que não acaba, o equilíbrio no inevitável mundo digital” a 26/10/22;
- Elaboração de estudo de caso;
- Reuniões com a docente orientadora.

O estudo de caso realizado veio permitir a articulação com o projeto de estágio, contextualizando o emergir de défices cognitivos na pessoa com doença mental de

evolução prolongada. As intervenções de enfermagem inseriram-se num plano terapêutico, enquadrado numa vertente holística da pessoa e baseado na interação das suas variáveis com o meio. A utilização do processo de enfermagem de acordo com o Modelo de Neuman favoreceu também a relação terapêutica entre enfermeiro/cliente. A perceção do cliente e do enfermeiro e a interação entre ambos foram essenciais na elaboração do processo de enfermagem, baseado nos fatores de stresse e nas variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente.

O percurso realizado neste estágio constituiu um período de aprendizagem constante, baseado na exigência, das competências técnicas, científicas, humanas e éticas, traduzidas em competências clínicas especializadas no âmbito das intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Foi possível a implementação de intervenções de enfermagem na área da “Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de Evolução Prolongada”, um trabalho com a participação assídua e envolvimento de todos os participantes, pelas experiências vivenciadas e partilhadas, pela criatividade das atividades num contexto de aprendizagem e de relação com o outro e com o meio envolvente. Na generalidade destacaram-se atitudes e comportamentos adaptados, mudanças positivas referentes a estilos de vida mais saudáveis, manutenção das capacidades cognitivas, a concentração, a atenção, o raciocínio, a memória e a resolução dos problemas do dia a dia e assim, uma maior autoestima.

No início do estágio, o projeto foi apresentado à equipa multidisciplinar, com a partilha do tema, dos objetivos terapêuticos, das intervenções a realizar e dos recursos materiais a utilizar. Na fase final do estágio, foram partilhados os resultados obtidos e a avaliação dos utentes referente às intervenções efetuadas, assim como a minha avaliação, com a descrição das experiências vividas pelo grupo e por mim e o as emoções e sentimentos associados.

2.2. Contexto Comunitário

O segundo local de estágio, no âmbito do contexto comunitário, decorreu entre 5 de dezembro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023, num total de 8 semanas.

2.2.1. Caracterização do local de estágio

O estágio ocorreu integrada numa equipa comunitária de saúde mental de um centro hospitalar da área metropolitana de Lisboa, vocacionada para cuidados especializados no tratamento de pessoas com doença mental crónica e/ou aguda. A equipa é composta por: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social, assistente operacional e secretária. Mantem uma articulação privilegiada com os cuidados de saúde primários, centros de dia da comunidade, com associações de integração e reabilitação psicossocial e diferentes grupos e instituições que dão resposta à integração de pessoas com doença mental.

A equipa tem como objetivos a prestação de cuidados numa determinada área geográfica, através de um programa integrado para pessoas com doença mental grave, com recurso a gestão de caso por terapeutas de referência, um programa de ligação com a saúde familiar e apoio a pessoas com perturbações mentais, um programa de apoio a doentes idosos e um programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio, focando-se nas problemáticas das pessoas, famílias e nos objetivos pretendidos para a intervenção. Tem uma área de atuação abrangente o que permite a aproximação das pessoas aos recursos existentes na comunidade, dando resposta a problemas socioeconómicos, promovendo a adesão e participação em programas de cuidados e de intervenção, com o objetivo de promover o bem-estar e a saúde de pessoas e familiares.

O encaminhamento da pessoa, pode ser feito através do serviço de urgência, pelo internamento ou através do médico de família. Quando se verifica a referenciação pelo médico de família, é efetuado uma primeira consulta com o psiquiatra para avaliação e identificação do nível de intervenção a realizar. De seguida, é feito o encaminhamento da pessoa para uma das seguintes opções, com base nas necessidades identificadas, no estado de saúde e no acompanhamento necessário: reencaminhamento para o médico de família, quando o tratamento está a ser adequado, não necessitando de acompanhamento diferenciado; Programa Integrar que assegura cuidados integrados à pessoa com perturbação mental grave e que exige cuidados diferenciados e especializados na comunidade e em ambiente hospitalar; Programa Geral que disponibiliza o acompanhamento em consulta de enfermagem, de psicologia e de integração em grupos psicoterapêuticos. No caso do encaminhamento através do serviço de urgência ou internamento é efetuado a referenciação interna e discussão em reuniões multidisciplinares.

O Programa Integrar tem como suporte o terapeuta de referência, psiquiatras,

enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que gere as necessidades e problemáticas relacionadas com a pessoa, proporcionando a continuidade dos cuidados, assegurando a adesão ao regime terapêutico, a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas, através de intervenções biológicas, psicológicas e sociais.

O terapeuta de referência procura estabelecer com a pessoa uma relação empática, de confiança e de colaboração de modo a incentivá-la a intervir no seu processo de recuperação. Também efetua a coordenação de cuidados com diferentes membros da equipa e instituições envolvidas no processo de recuperação. No caso de não ser o terapeuta de referência de determinada pessoa, o enfermeiro, desempenha, ainda assim, um papel essencial na monitorização da terapêutica injetável, na avaliação e adesão ao regime terapêutico e na área da psicoeducação.

A equipa realiza intervenções de grupo de psicoeducação, onde trabalham temas variados, como por exemplo: treino metacognitivo; estimulação cognitiva; apoio a familiares de pessoas com psicose; técnicas de gestão de ansiedade; sintomas obsessivo-compulsivos, entre outros. São realizadas semanalmente/ quinzenalmente, perante um determinado número de participantes, encaminhados pelo terapeuta de referência ou por qualquer outro técnico da equipa de saúde.

As consultas de enfermagem realizam-se diariamente de segunda a quinta-feira, na qual são monitorizadas as pessoas com prescrição de injetáveis de longa duração e de ação de libertação prolongada em tratamento compulsivo e voluntário; é realizado a avaliação do estado mental da pessoa tendo em conta as alterações mentais ou do comportamento relativamente ao seu estado habitual; são implementadas intervenções necessárias à prevenção de estados de agudização da doença; é realizada psicoeducação, sobre a importância da adesão terapêutica, manutenção do padrão de sono; é feito auxílio na identificação de estratégias de coping mais eficazes e as melhores estratégias para melhorar a funcionalidade individual no quotidiano e a consequente autonomia. A sexta-feira é destinada a reuniões multidisciplinares, com a discussão e partilha de informação, apresentação de casos clínicos e resolução de questões de cariz interno que visam a melhoria dos cuidados e o funcionamento de excelência da equipa.

2.2.2. Intervenções e atividades realizadas

No contexto de estágio na comunidade, foi planeado conhecer e integrar a equipa multidisciplinar, no âmbito da sua missão e objetivos no cuidar da pessoa com

doença mental e família, na comunidade e em particular a equipa de enfermagem.

Desta forma, foi efetuada a integração no contexto comunitário sob a orientação do EESMP, com a participação e colaboração na consulta de enfermagem a pessoas com doença mental estabilizada e aos seus familiares. Participação que incluiu a avaliação do estado de saúde mental, com a elaboração de diagnósticos de enfermagem, com vista ao planeamento e implementação de intervenções de forma individualizada e deste modo a avaliação das mesmas; vigilância dos hábitos de vida através de acompanhamento e aconselhamento de hábitos de vida saudáveis como a alimentação, o desporto, as atividades socio ocupacionais, a importância do sono; ajuda na construção do projeto de vida; acompanhamento do plano terapêutico através da administração de terapêutica injetável; estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade e psicoeducação; atendimento telefónico com esclarecimento e orientação relativo a situações ocorridas em ambiente familiar com aconselhamento e encaminhamento mais adequado; consulta do processo clínico em suporte informático. Todas as intervenções e atividades efetuadas tiveram a supervisão e acompanhamento permanente do EESMP.

Foi possível integrar um grupo psicoeducativo para familiares de pessoas com psicose, dinamizado pelas duas EESMP, com a colaboração de outros profissionais de saúde como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, no sentido de dar a conhecer a doença, o seu tratamento e desenvolver estratégias para melhor lidar com ela, facilitando a comunicação dentro da família e a resolução de problemas do dia a dia. Foram trabalhados temas como a prevenção da recaída e gestão das crises, a promoção da saúde da família e respostas existentes na comunidade.

Observado um misto de sentimentos e emoções, medos, receios, tristeza, desilusão, revolta, cansaço e mesmo sofrimento, dos participantes. Com o foco na valorização dos seus sentimentos, preocupações e problemas, foram acompanhados pelas enfermeiras dinamizadoras, de modo a minimizar os seus efeitos na saúde e bem-estar da família, através de orientações específicas e encaminhamento adequado para cada situação. As experiências partilhadas entre o grupo, constituíram momentos importantes de aprendizagem para todos, incluindo para mim.

Este programa psicoeducativo revelou-se uma experiência ímpar no meu percurso de aprendizagem. Constituído por um grupo de familiares de pessoas com psicose e por duas enfermeiras EESMP que geriam as sessões, cada sessão trabalhou temas diferentes e de interesse para o grupo. Foi importante conhecer os contextos de cada família, as suas dificuldades, medos, receios, expectativas e

compreender de que modo a intervenção do EEESMP pode ir ao encontro das necessidades da pessoa e da sua família. O cuidado à pessoa com experiência de doença mental, em particular psicose, leva a elevados níveis de stress e sofrimento de familiares e cuidadores, causando uma maior vulnerabilidade podendo afetar negativamente a sua qualidade de vida (Sin et al., 2017). Neste sentido, Petrakis, & Laxton (2017) referem que a longo prazo podem manifestar-se o desenvolvimento de doenças físicas e mentais através de fadiga, hipertensão, angústia, ansiedade e depressão. Esta intervenção psicoeducativa promove a relação empática, a abordagem holística tendo em conta as variáveis que influenciam o bem-estar da pessoa e da sua família, possibilita uma maior compreensão dos problemas, a adequada identificação das necessidades e a execução de intervenções mobilizando os recursos internos da família e os recursos externos existentes na comunidade, tendo sempre como parceiros no cuidar, as próprias famílias. Também neste contexto, o Modelo de cuidar defendido por Neuman teve um papel preponderante, não só na compreensão do funcionamento da família como um sistema aberto em permanente evolução, tendo em conta as suas variáveis, como na relação que estabelece com o meio envolvente.

No âmbito desta intervenção psicoeducativa, foi elaborado um panfleto de informação a fornecer a cada participante, com o propósito de ser implementado no departamento da equipa comunitária e respetivo centro hospitalar.

As intervenções na comunidade constituem um trabalho em parceria com instituições, equipas e grupos de trabalho, como associações de reabilitação e integração social e fóruns socio ocupacionais. Têm como foco principal a promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas, através da adaptação de programas ao grau de incapacidade psicossocial, no sentido da reabilitação de competências relacionais, da organização pessoal, doméstica e no acesso aos recursos da comunidade.

Tive oportunidade de visitar uma associação de reabilitação e integração social, localizada na área geográfica de intervenção da equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica. Após ter realizado uma visita guiada às instalações, pude acompanhar a terapeuta ocupacional no programa do dia, com o tema “Horta e Jardim dos Sentidos”. A sessão deu início com o grupo reunido, primeiro, com o objetivo de “Dar Voz aos Sentimentos”, pensar como são vividos os bons sentimentos e como são resolvidos os sentimentos menos bons, como são enfrentados. Cada elemento retirou um cartão da caixa que identificava um sentimento e partilhou com o grupo a sua

experiência. Posteriormente, organizaram-se em pequenos grupos distribuídos por várias atividades, regar as plantas da casa, cuidar do jardim exterior, apanhar as ervas na horta, entre outras. Existem ainda outros programas, tais como: empregabilidade que apoia e acompanha a elaboração do projeto de vida/profissional; clube de leitura, falar de livros, trabalhando a leitura, a compreensão e interpretação de textos; atividades de desporto, caminhadas pela natureza.

Decorrente da minha visita, foi proposto a apresentação de uma sessão de educação para a saúde e bem-estar, com um tema de interesse para o grupo, à minha escolha. A sessão teve como tema “Ativa...mente A Mente é Importante na Sua Vida”, com o objetivo de sensibilizar para a importância de estimular as capacidades cognitivas através da capacidade de pensar, usar o conhecimento, o raciocínio, a memória. Deste modo, compreender o ambiente envolvente, a si próprio como pessoa, na interação com os outros e nas respostas às dificuldades do dia a dia, tendo como meta uma maior autonomia.

É neste contexto que o Modelo de Sistemas de Neuman vê a relação estabelecida entre a pessoa e o meio ambiente, uma construção constante de ambos os sistemas no sentido de um estado de equilíbrio e harmonia, através de estratégias de adaptação tanto individuais como familiares, tendo em conta as diversas variáveis que podem levar a uma maior ou menor vulnerabilidade, resistência e ou defesa. Esta relação pode ser afetada por stressores, que condicionam o tipo de resposta perante múltiplos estímulos e tensões e assim desencadear atitudes e comportamentos desajustados. A pessoa é um ser em relação, existindo fatores internos e externos que a transformam e a modificam, tais como hereditariedade, processos psicofisiológicos, ambiente familiar e sociocultural, assim como acontecimentos importantes que ocorrem na vida (Chalifour, 2009). Por esse motivo refere o mesmo autor (2009), é essencial desenvolver as capacidades de atenção que permitam reconhecer características pessoais, o ambiente físico e humano, reconhecer o direito de existir como somos, com expectativas e desejos.

Casimiro et al. (2016) identificam a capacidade cognitiva como essencial na promoção da independência e autonomia da pessoa, sendo que a sua estimulação pode prevenir ou retardar o processo degenerativo do cérebro. Assim, afirmam que a estimulação cognitiva capacita os indivíduos a conviver, contornar, lidar, reduzir e suplantar os défices cognitivos, valorizando os desejos pessoais e histórias de vida de cada um, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Foi nesta perspetiva que direcionei a intervenção psicoeducação sobre o tema EC.

A sessão de educação para a saúde e bem-estar teve a duração de uma hora, iniciou-se com a apresentação dos participantes incluindo eu própria. Durante a sessão existiram momentos de grande participação, quando solicitada e mesmo espontaneamente o que tornou a sessão dinâmica e interativa. Foi notório o interesse e a curiosidade dos participantes, o tema que abordámos fez sentido para o grupo, pois fazia parte das suas experiências de vida. Só um caminho que faça sentido na vida do outro, obterá a sua participação, assim, a parte mais emocionante do exercício da profissão é aquela que coloca o enfermeiro perante a singularidade de cada pessoa e a complexidade da sua situação (Hesbeen, 2001). Por último, foi realizado um lanche com partilha de experiências sentimentos, emoções, relacionadas com o tema.

Realizado uma visita à unidade socio ocupacional do centro hospitalar, e conhecido o trabalho efetuado na área da estimulação cognitiva, treino das funções executivas, as atividades culturais como visitas a museus ou a espaços culturais utilizando transportes públicos e atividades de lazer como caminhadas pela natureza. Neste sentido, a pedido da unidade, foi apresentado a sessão de educação para a saúde e bem-estar, “Ativa...mente”, A Mente é Importante na Sua Vida”, seguido da realização da atividade “Portugal, a Nossa Terra”. Apesar do contacto breve com os utentes da unidade, foi bastante significativo para a valorização da relação entre o enfermeiro/utente e para a promoção de estilos de vida saudáveis com o intuito de melhorar e/ou manter as capacidades cognitivas funcionais o maior tempo possível. Deste modo, a estimulação e compensação dos défices cognitivos é uma área importante de atuação do EESMP, que se repercute na promoção de respostas adaptadas às necessidades de cada pessoa, na sua recuperação e qualidade de vida, evitando o agravamento/declínio da situação de doença mental.

Atendendo à diversidade de aprendizagens experienciadas neste local de estágio, foram realizados dois panfletos, alusivos à compreensão das funcionalidades do cérebro no âmbito da EC e na promoção de estilos de vida saudáveis na pessoa com doença mental, na comunidade. Os panfletos englobaram vários exercícios, no sentido de estimular a memória através da retenção, atenção e cálculo, concentração, linguagem, orientação temporal e espacial, escrita e capacidade construtiva. Houve a possibilidade de um deles ser utilizado de forma digital facilitando a sua consulta e resolução em qualquer momento.

Destaco ainda outras atividades desenvolvidos neste contexto:

- Integração e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar, apresentação de casos clínicos;

- Reflexão diária com a enfermeira orientadora sobre as experiências vividas, partilhando os sucessos e dificuldades através da reflexão da prática clínica;
- Realização de 2ª Reflexão Crítica de Aprendizagem, permitiu a reflexão de situações que de um modo especial me sensibilizaram. Teve uma função reparadora no meu *eu* enquanto pessoa e profissional, contribuindo para a melhoria dos cuidados em resposta às necessidades das pessoas;
- Participação como formanda no Simpósio “Há conversa no CHLO, Encontro do Serviço de Psiquiatria”, a 19 e 20 de janeiro de 2023 no Centro Hospitalar de Lisboa;
- Integração e participação em grupo psicoeducativo para familiares de pessoa com psicose;
- Reuniões com a docente orientadora.

Neste estágio foi importante compreender as diferentes dinâmicas da prática clínica, principalmente, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, assim como a análise e reflexão do trabalho desempenhado por peritos na área da estimulação cognitiva. A aprendizagem efetuada permitiu a compreensão das filosofias e dinâmicas de cuidados à pessoa com doença mental de evolução prolongada e à sua família, inserida na comunidade, tendo sido determinante na implementação das intervenções. Pude compreender através das experiências vividas, como a diversidade de ambientes influencia a pessoa em todas as suas dimensões, na relação com os outros e com a sociedade, sujeita a processos constantes de mudança e adaptação, aumentando a sua vulnerabilidade. Aprofundei conhecimentos no âmbito da EC aplicada à pessoa com doença mental estabilizada, em ambiente comunitário e inserida em programas de reabilitação psicossocial. Pude participar e intervir como formadora na minha área de estudo e aplicar algumas técnicas de EC, em associações de reabilitação psicossocial que trabalham em estreita articulação com a equipa onde eu estava inserida. A reflexão da prática clínica tornou-se um alicerce fundamental na relação terapêutica e no desempenho de excelência dos cuidados de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica.

3. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo pretende descrever e analisar o percurso de aquisição de competências preconizadas pela OE, ao longo do estágio.

Hesbeen (2001) refere-se ao conhecimento e às competências adquiridas pelos profissionais de saúde questionando, “Qual é a vantagem real dos conhecimentos e das competências técnicas se não se transformarem em talentos que permitam criar uma obra única que é a arte de cuidar de uma pessoa na sua situação singular?” (p. 49-50). Foi neste sentido, que pretendi adquirir e desenvolver competências, tendo em conta os objetivos traçados no estágio, melhorando a capacidade de análise e de intuição perante cada situação nova experienciada, no respeito pela singularidade de cada pessoa, família, inserida e integrada socialmente e a nível da sua comunidade.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, conforme o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica OE (2018).

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

No desenvolvimento desta competência foram efetuados diários reflexivos, contextualizando vivências pessoais e profissionais durante o estágio. Foram realizados jornais de aprendizagem, utilizando o Ciclo Reflexivo de Gibbs como instrumento no processo de cuidar. Foram consideradas determinadas situações nas quais questionei os meus próprios sentimentos e atitudes. Quando as decisões e as ações são colocadas em prática, o sentimento tem uma influência igual e na maior parte dos casos superior, ao próprio pensamento ou juízo mais racional (Goleman 2012). Foi essencial descrever e expor as minhas inquietações através de sentimentos, emoções e compreender o que ocorreu e o impacto exercido em mim e, por último, perspetivar o que fazer em situações futuras. As reflexões diárias constituíram um alicerce importante no percurso de estágio, tendo por base o conhecimento adquirido pela experiência e pela capacidade reflexiva. Só assim foi

possível alcançar diferentes níveis de autoconsciência e autoconhecimento, que favoreceram o desenvolvimento desta competência. A autoconsciência é considerada uma forma de estar atento aos estados emocionais mais íntimos de cada um, ela não reage nem julga (Goleman 2012). No autoconhecimento está implícita a tomada de consciência da própria personalidade, o modo de ser e de estar na profissão e, tendo desenvolvido essa capacidade reflexiva, compreender a minha posição no cuidado ao outro. Keltner, Schwecke & Bostrom, (2007) defendem o autoconhecimento como um processo através do qual a pessoa passa a conhecer os próprios preconceitos, crenças, motivações e limitações e o modo como podem influenciar nas suas relações.

As reflexões semanais com a supervisão dos orientadores de estágio, serviram para uma melhor e mais adequada tomada de consciência de mim enquanto pessoa e profissional e desta forma prevenir fenómenos de contratransferência nocivos à relação terapêutica. Efetuar uma reflexão profunda, ter consciência do meu ser, das minhas capacidades e limitações, foi essencial na construção de uma relação terapêutica de confiança, mobilizando-me como instrumento terapêutico. A transformação do *eu*, só começa quando compreendemos que somos capazes de estar presente na vida do outro (Arantes, 2019). Assim, neste processo de aprendizagem, foi necessário desconstruir para reconstruir um novo *eu*, “despir-me de mim” dos meus ideais, conceitos, preconceitos, vivências e experiências, para receber o *outro*, na sua individualidade e singularidade. Hesbeen (2001), considera que, não é com um nível de inteligência de excelência e de aptidões técnicas que a pessoa doente se depara, mas sim com um profissional que também está a viver a sua história de vida. Assim, a sua atitude ou comportamento fará mais sentido se a desenvolver para além das competências técnicas. Este autor (2001) refere-se ainda ao profissional de saúde como aquele que escolhe a sua profissão baseada na humanidade e o seu crescimento pessoal depende disso, assim, (re)encontrar a humanidade em qualquer competência profissional é na verdade valorizar a vida e o encontro entre o profissional e a pessoa doente.

O percurso de aprendizagem e desenvolvimento desta competência passou também, pela: supervisão clínica, acompanhamento tutorial com a docente; partilha e discussão de situações com o orientador clínico; registos de interação, inerentes à prestação de cuidados individualizados e em grupo; avaliação formativa com a docente e com o enfermeiro orientador; reuniões com a equipa multidisciplinar dos serviços, reuniões formais e informais, sendo alguns deles peritos na área de EC, com o objetivo de partilhar experiências e proporcionar o debate e discussão sobre as

mais variadas situações ocorridas, perspetivando futuras intervenções. Tal como afirma Hesbeen (2001), a experiência por si só não se traduz em conhecimento, ela necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada e assim contribuir para a aquisição de competências.

2ª Competência. *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.*

A OE (2018) relativamente a esta competência, reitera a importância da colheita de dados para a compreensão do estado de saúde mental da pessoa, para a promoção e proteção da saúde e consequente prevenção da perturbação mental. Deste modo, esta competência é operacionalizada através da avaliação rigorosa de determinados condicionantes pessoais, familiares, comunitárias e sociais, de modo a reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco. Neste contexto, desenvolveram-se intervenções de enfermagem à pessoa e família inserida no seu ambiente comunitário e social, com respeito pelas questões éticas e culturais. Contudo, Hesbeen (2001) menciona que “os profissionais podem utilizar inúmeros meios, por vezes extremamente sofisticados, mas estes terão uma eficácia muito relativa se não fizerem sentido para a pessoa a quem dizem respeito.” (p. 49-50). Neste percurso foram efetuadas diversas entrevistas de colheita de dados com o objetivo de uma melhor apreciação clínica, identificação de diagnósticos e planeamento de intervenções, perspetivando as necessidades das pessoas num ponto de vista sistémico e holístico. Foi considerado a avaliação de todas as variáveis que interferem com a pessoa, com a doença mental no sentido da própria saúde mental.

As reuniões tutoriais, multidisciplinares, as reflexões diárias e discussão de casos com o orientador clínico, contribuíram significativamente para a consecução de todas as etapas do processo de enfermagem e assim alcançar os resultados esperados. Foram realizadas sessões de educação para a saúde e as suas implicações no ambiente familiar, social e na comunidade, colaborando e orientando no sentido de escolhas de estratégias de coping adaptadas, promovendo o bem-estar e uma melhor qualidade de vida da pessoa e família, um trabalho de acompanhamento e de parceria junto das famílias. Em suma, é um olhar ontogénico não centrado na psicopatologia, mas sim na pessoa.

3ª Competência. *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.*

Esta competência foi desenvolvida através do enfoque em várias intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, enriquecida pela elaboração do estudo de caso, que permitiu conhecer e compreender a história de vida da pessoa nas dimensões biopsicossocial e espiritual, identificar necessidades e situações problema, obtendo informações essenciais na tomada de decisão clínica, sendo este um caminho de partilha e parceria na relação terapêutica. Só desta forma, foi possível a realização de várias entrevistas de colheita de dados, identificados os focos de enfermagem, os diagnósticos e posteriormente planeadas e avaliadas as intervenções de enfermagem. Tendo sido uma contribuição importante no sentido da intervenção centrada na pessoa e na família, com o objetivo de melhorar a sua saúde e alcançar ganhos em saúde. É neste caminho que se contextualiza a doença mental, não numa lógica de ausência de saúde, mas numa alteração a três níveis: adaptação, integração e autonomia (Sampaio & Sequeira, 2020).

Tive oportunidade de participar e acompanhar, pessoas com experiência de doença mental e suas famílias no seu processo terapêutico promovendo uma maior autonomia e reintegração na vida familiar, social e comunitária, através da intervenção em grupo e individual, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem identificados. Foi fundamental a participação, em reuniões multidisciplinares e tutoriais, a realização de jornais de aprendizagem, diários reflexivos e discussão de casos e situações com o orientador clínico em ambos os contextos de estágio, identificando as necessidades de cada pessoa no seu contexto de forma a interagir em cada sessão individualmente. Assim, embora as sessões fossem estruturadas para o grupo possibilitava a adequação dos objetivos a cada participante individualmente. Compreendi a complexidade que a elaboração de um plano terapêutico de cuidados dirigido a pessoas com experiência de doença mental envolve seja numa abordagem individual ou de grupo. Por este motivo mantenho a necessidade premente de continuar a investir a este nível na minha prática clínica.

Considero que o percurso efetuado, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências, relativamente a cuidados e intervenções especializados à pessoa com experiência de doença mental, assim como às suas famílias, em diferentes contextos e respeitando a singularidade de cada uma.

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

Esta competência foi desenvolvida através da implementação do PEC, mas também considerando as intervenções de enfermagem realizadas ao nível psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducativo individualmente e em grupo. Foi trabalhado a estimulação cognitiva através das suas técnicas, tendo em conta os ganhos em saúde que estas intervenções proporcionam quando dirigidas a pessoas com doença mental de evolução prolongada. A estimulação e compensação dos défices cognitivos é uma área fundamental de atuação do EESMP, sendo o seu papel reconhecido na promoção de respostas ajustadas às necessidades da pessoa e família, na recuperação da saúde e qualidade de vida, atrasando o declínio causado pela evolução de doença mental.

Foram realizadas sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas sobre a cognição e estimulação cognitiva, com recurso a atividades variadas, sessões de bem-estar e saúde, individuais e em grupo, atribuição de panfletos informativos sobre o tema com atividades/exercícios. A psicoeducação é uma técnica que dispõe de instrumentos psicológicos e pedagógicos, tem o propósito ensinar a pessoa doente e os seus familiares e/ou cuidadores acerca da doença e do seu tratamento, atua a nível da prevenção e da consciencialização em saúde (Lemes & Neto, 2017). Assim, as atividades de estimulação a nível mental e físico têm um importante papel na preservação da função cognitiva e por este motivo devem ser prática habitual deste grupo populacional (Imaginário et al., 2017). Todas as intervenções desenvolvidas foram centradas nas pessoas considerando a sua trajetória saúde/doença e enriquecidas pelas competências adquiridas e desenvolvidas, planeando estratégias perante a sua singularidade.

A avaliação efetuada pelos participantes e pelos orientadores, relativo às intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, foi muito positiva, uma vez se destacaram atitudes e comportamentos, que favoreceram mudanças positivas, interação e a coesão do grupo, maior autoestima e um estilo de vida mais saudável. Os diários reflexivos sobre situações ocorridas, a discussão de casos, o apoio do orientador clínico, assim como da docência, as reuniões multidisciplinares com a partilha e disponibilidade de colegas e outros profissionais, os registos de interação, registos de enfermagem, jornal de aprendizagem, foram essenciais neste percurso e

sempre teve uma avaliação muito positiva. Reconheço, que ao longo do percurso de aprendizagem na vertente teórica, estudo, pesquisa e investigação e vertente prática, nos estágios em diferentes contextos, transitei de uma fase de iniciada ou iniciada avançada perante as intervenções do EESMP, para uma fase competente ou proficiente. Foi possível compreender a pessoa através de uma visão holística, identificar os aspetos relevantes, prever situações inesperadas, ter capacidade intuitiva fundamentada e contextualizada pelo conhecimento da situação, aliada ao conhecimento científico com o propósito de tomar decisões mais adequadas em cada contexto (Benner, 2001). Para Hesbeen (2001, p.72), “proporcionar ao doente um acompanhamento global, não representa forçosamente uma missão impossível (...) é claro que as necessidades globais do doente só podem obter resposta através de um trabalho de equipa e multidisciplinar”.

Analizando todas as intervenções realizadas durante este percurso de aprendizagem, julgo ter adquirido e desenvolvido as competências necessárias inerentes às intervenções do Enfermeiro Especialista na Área da Saúde Mental e Psiquiatria (OE, 2018). O percurso de aprendizagem contemplou também a aquisição das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e de Mestre em Enfermagem.

Estou convicta de ter adquirido e desenvolvido competências comuns do Enfermeiro Especialista, nos vários domínios descritos pela OE. Assim, no contexto da responsabilidade profissional, ética e legal, foram adquiridas e desenvolvidas competências através da construção de um plano terapêutico envolvendo a pessoa e família como parceiros, baseado nas necessidades identificadas, em estratégias de resolução de problemas e tomadas de decisão com respeito pelos valores e normas deontológicas da profissão. A prática clínica foi desenvolvida com base no Código Deontológico do Enfermeiro, respeitando os princípios éticos nos cuidados prestados. Foi estabelecida uma prática de cuidados no respeito pela dignidade humana, a preservação da intimidade e da autonomia da pessoa, a confidencialidade, o respeito pelas suas crenças, valores, cultura e liberdade, bem como a responsabilidade das intervenções colocadas em prática escolhendo o melhor ambiente para a relação terapêutica. Estes princípios foram fundamentais e definiram a prestação de cuidados ao longo dos estágios. O sentimento de dependência, perda de controlo do corpo, a insegurança e os sentimentos de

impotência podem conduzir à fragilidade e vulnerabilidade associados ao processo de transição saúde-doença, deste modo a preservação da autonomia e da dignidade humana, não só contribui para o alívio desse sofrimento, como constitui um direito fundamental, consagrado no código deontológico que os enfermeiros devem respeitar (Vieira, 2017).

Com o foco na melhoria contínua da qualidade, foi possível mobilizar conhecimentos adquiridos através da pesquisa de evidência científica, da participação em simpósios que ocorreram nos locais de estágio, da participação em reuniões multidisciplinares, na partilha de informação com peritos e aliados à minha própria experiência profissional.

O EEESMP tem um papel preponderante e dinamizador na gestão dos cuidados, na otimização da resposta da equipa de enfermagem e multidisciplinar e na adequação dos recursos às necessidades, tendo por objetivo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). A gestão dos cuidados foi crucial em todas as intervenções de enfermagem realizadas ao longo dos estágios e nos diferentes contextos, pela sua otimização através da partilha de informação com outros profissionais, nas passagens de turno, em reuniões multidisciplinares, no encaminhamento para outros técnicos de saúde, pela otimização dos recursos inerentes às intervenções e ao ambiente terapêutico.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais enquadraram-se, na consciência e autoconhecimento de mim, reconhecendo os meus recursos internos e limitações como pessoa e profissional, na valorização da formação através da pesquisa de evidência científica, participação simpósios, formação em serviço, reuniões de serviço com apresentação de casos clínicos, reuniões multidisciplinares. Desta forma, contribuíram para uma prática clínica segura e de qualidade, agindo como formador nos contextos de estágio, identificando as necessidades de formação e avaliando o seu impacto.

Perante um ambiente de maior complexidade, é exigido ao enfermeiro que desenvolva a competência de refletir antes de agir, isto é, planear de forma antecipada a ação, alterando o plano sempre que se verifique alteração da situação, assim o enfermeiro deve adaptar-se e alterar a sua estratégia sempre que se seja necessário. Após cada ação, o enfermeiro deverá ser capaz de fazer uma reflexão sobre a ação efetuada, o que potenciará a aquisição de novos conhecimentos e

aprendizagens, tendo por base a evidência científica mais recente (Neto & Fortunato, 2017).

Neste contexto, o domínio da formação é um pilar essencial no exercício da enfermagem avançada, na qual o enfermeiro assume um papel dinamizador na atualização do seu próprio conhecimento, e como elemento interveniente na promoção, aprendizagem e desenvolvimento de competências dos seus pares.

As Competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 de agosto de 2018, é conferido aos que demonstram capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou respostas e emitir juízos, em situações de informação limitada, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou que os condicionem.

O grau de Mestre confere a capacidade de comunicar conclusões e conhecimentos de forma clara e assertiva através de uma aprendizagem permanente de modo auto-orientado e autónomo. Permite expressar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novos contextos multidisciplinares, ancorando-se nos conhecimentos obtidos ao nível da licenciatura, na perspetiva de os desenvolver e aprofundar, em contexto de investigação.

A atribuição do grau de Mestre numa área de especialidade em Enfermagem, tem por base a capacidade de integrar conhecimentos, aplicação crítica dos mesmos, reflexão acerca das implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara das suas apreciações, conhecimentos e raciocínios, (OE, 2021). É fundamental que os Enfermeiros Especialistas compreendam as suas intervenções no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, devendo o relatório final de estágio demonstrar o processo formativo em causa, apresentando de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, as atividades desenvolvidas e o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista, realçando o desenvolvimento das competências especializadas (OE, 2021).

Deste modo, a prática clínica realizada em ambos os contextos de estágio, a organização do presente relatório tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, a descrição crítica e reflexiva baseada na evidência das intervenções desenvolvidas, assim como o seu contributo para o

desenvolvimento das competências especializadas promoveram a aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre. Neste sentido, foi demonstrado a capacidade de desenvolver investigação em enfermagem através da realização de uma revisão integrativa de literatura, tendo a possibilidade de integrar conhecimentos e desenvolver reflexões sobre as implicações para a prática de Enfermagem Especializada. O relatório finaliza, por sua vez, com a apresentação e discussão pública, que permitirá demonstrar a capacidade adquirida de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma objetiva, clara e sem ambiguidades.

As aprendizagens desenvolvidas no decurso do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, resultaram numa prática clínica mais crítica em relação aos processos de tomada de decisão; na melhoria da qualidade dos cuidados e na relação com os pares, tendo contribuído para aumentar a aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre nesta área; desenvolvido a confiança e a capacidade de argumentação em equipa multidisciplinar sobre situações da prática clínica.

As ferramentas adquiridas no âmbito da intervenção de estimulação cognitiva à pessoa com doença mental de evolução prolongada, permitiram uma maior capacidade de pesquisa, interpretação e transmissão do conhecimento baseado na evidência científica mais recente, contribuindo para melhor integração, adaptação e autonomia da pessoa no seu ambiente e aumentando um conjunto de possibilidades de intervenção disponibilizadas às famílias, cuidadores e comunidade, integrando-as nos processos de tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi uma experiência formativa desafiante, vivida intensamente cada fase do percurso que se refletiu em oportunidades de mudança a nível pessoal, maior consciência do meu *eu* pessoal e profissional, mas também a nível profissional adquirindo e desenvolvendo competências de EEESMP e servindo de instrumento terapêutico na relação com o outro.

A implementação do projeto, Estimulação Cognitiva na Pessoa com Doença Mental de Evolução Prolongada, através das atividades efetuadas ao longo dos estágios, foram muito positivas na opinião de todos participantes, na medida em que, permitiram criar efeitos de estimulação considerados benéficos para um maior bem-estar. Foi possível desenvolver uma excelente interação e comunicação entre o grupo, verificou-se uma maior autoestima, maior dinamismo, energia e estímulo para atividades futuras. Foram apresentadas propostas pelos participantes, no sentido de associar outras atividades de estimulação cognitiva ao programa, o que foi bastante gratificante e permitiu compreender a importância dada ao trabalho realizado. As intervenções realizadas possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais com uma população vulnerável, fomentando a relação empática, a literacia em saúde, o empoderamento da pessoa e família no seu ambiente social e comunitário. Foi importante a valorização da comunicação não verbal e o compromisso de uma prática reflexiva essencial no desenvolvimento pessoal e profissional, utilizada como recurso terapêutico na promoção do autoconhecimento. Assim, por tudo o descrito anteriormente, considero ter atingido os objetivos a que me propus em cada contexto de estágio e neste relatório.

É de salientar a importância da metodologia de projeto aplicada nos diferentes contextos de estágio, estes foram importantes ambientes de formação, privilegiando a proximidade com peritos na área, o julgamento crítico e a análise de boas práticas inerentes às intervenções do EEESMP, fundamentais para um cuidar de qualidade e mais humanizado. Assim, para a aquisição e desenvolvimento de competências como EEESMP e de Mestre, foi crucial, um conhecimento baseado na evidência científica e no parecer de peritos.

O trabalho realizado ao longo dos estágios, através da operacionalização do

projeto, tem a pretensão de poder contribuir para o desenvolvimento profissional de enfermagem e em particular de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na medida em que fomenta a operacionalização de intervenções promotoras da saúde mental. Esta necessidade de operacionalização reflete-se no âmbito comunitário, estabelecendo parcerias entre câmaras municipais, juntas de freguesia, associações recreativas e culturais, associações de reabilitação e reintegração social, centros de saúde e outras instituições de cariz social, envolvendo uma equipa multidisciplinar. Assim expresso o desejo de futuramente enveredar por outros projetos profissionais na comunidade, tendo em vista a prática de intervenções deste âmbito. Considero ainda a possibilidade de desenvolver um trabalho de investigação sobre a temática, com maior número de participantes, controlando as variáveis com outros instrumentos de avaliação e posteriormente a publicação de artigo.

Foram identificadas certas limitações no decorrer deste trabalho, algumas delas prenderam-se com o facto da avaliação dos resultados obtidos, considerando o intervalo de tempo para a sua elaboração, não puderam confirmar os ganhos em saúde a longo prazo, a ausência de artigos ou outros trabalhos de investigação realizados por enfermeiros. Esta constatação corrobora em certa medida com o que verifiquei na prática clínica, verificando-se na realidade, uma enorme lacuna nesta área de intervenção do enfermeiro especialista, delegando noutros profissionais, mesmo que de forma intencional a exclusividade da abordagem desta temática.

O cuidar da pessoa, família e comunidade é uma especificidade da prática clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenvolvendo um conhecimento e intervenção terapêutica decisiva na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção e tratamento, passando pela reabilitação psicossocial (OE, 2018). São estas vertentes que se trabalham, quando se aplicam as técnicas de estimulação cognitiva neste grupo populacional, tendo consciência que os resultados positivos podem ser pouco expressivos ou surgirem a longo prazo. Deste modo, mantem-se a necessidade premente de investir nesta área, uma vez que “as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que essas perturbações originam.” (OE 2018, p. 21427).

Por outro lado, a importância da estimulação cognitiva na pessoa com doença mental é demonstrada e contextualizada à luz do Modelo dos Sistemas de Neuman, considerando a pessoa, um sistema aberto, que dá resposta a stressores do ambiente,

sendo estes, estímulos que desencadeiam tensões, e que podem potenciar a instabilidade levando à doença. Assim sendo, a reação da pessoa aos estímulos exige uma determinada adaptação, quando isso acontece, pode originar resultados muito positivos, acompanhados de eventuais alterações temporárias ou permanentes consideradas benéficas para o seu bem-estar (George & colaboradores, 2000).

A enfermagem desempenha um papel crucial na relação com o sistema da pessoa de modo a alcançar e preservar a sua estabilidade, por isso faz todo o sentido que o EESMP intervenha no âmbito da prevenção. O foco está no reforço dos recursos internos da pessoa e na sua proteção, no tratamento dos sintomas, tornando a pessoa e família parceiros deste percurso e mobilizando recursos externos no seio da família e os que se encontram acessíveis na comunidade, construindo um bem-estar ideal, estável e prolongado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (5), 193-201.
- Apóstolo, J., Carvalho, A., Tavares, C., Cardoso, D., Carvalho, M., Baptista, T. (2013). Efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos. *Journal of Aging & Innovation*. 2 (3) 82-91.
- Arantes, A. C. Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Lisboa: Oficina do livro.
- Carvalhais, M., Almeida, T., Azevedo, J., Sá, T., Soares, I., Alves, F., Duarte, F., & Paiva, F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em saúde*. 2(2), 19-28.
- Casimiro, F., G., Rodrigues, I., A., Dias, J., C., Alves, L., C., S., Inouye, K., Gratão, A., C., M. (2016). *Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade*. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150214>
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de intervenção*. (vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Comissão Europeia Saúde Pública. (2018) *Health at a Glance Europe 2018*. Disponível em: <https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health.pt>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2019). *Sem mais tempo a perder, Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/sem-mais-tempo-a-perder.pdf>
- Costa, A. R. D., Sequeira, C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (3), 14-20.
- Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série (N.º 157 de 2018-08-16), 4182-4188.

- Decreto-Lei nº 8/2010 (2010). Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. Diário da República, 1ª série, (Nº 19, de 28-01-2010), 257 - 263.
- Dias, E. G., Andrade, F. B., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., e Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo Sabe. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1623-1635.
- Cordioli, A., V. Kieling, C., Silva, C., T., B. Passos, I., C. Barcellos, M., T. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5*. 5ª Edição. Artmed Editora Ltda: Porto Alegre.
- Evangelista, D. (2013). Promoção de Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação de Coimbra, Coimbra.
- Fernandes, S. (2014). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança da Escola Superior de Educação, Bragança.
- Figueira, M., Sampaio, D. Afonso, P. (coord.) (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Freese, B. (2004). *Betty Neuman: Modelo de Sistemas*. In A. M. Tomey & M., R. Alligood (Coord.). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5ª ed.) (pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Freitas, S., S., Mário, R., Martins, C., Vilar, M., Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, Vol. 9 (3), 345-357. Recuperado em 08 de novembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&tlng=pt
- George, J., B. (2014). *Pearson New International Edition - Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 6ª ed. Harlow: Pearson Education Limited.
- George, J., B. & Colaboradores. (2000). *Teorias de enfermagem, Os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas & Debates.
- Guerreiro, M. (2005). *Terapêutica não farmacológica da demência*. In Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (Coord.). *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 121-148). Lisboa: Lidel.
- Guerreiro, M., Botelho, M., Leitão, O., Castro, Caldas, C. (1994). Adaptação à população Portuguesa do Mini- Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia* 1 (9).9-10

- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T., Riedel-Heller S., G. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Vol. 265 (3) p.173-88. doi: 10.1007/s00406-014-0558-9.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18), 37-43. doi: 10.19131/rpesm.0190.
- Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Keltner, N. & Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby
- Ladeira, R., B. Dias, N., S. (2019). Aspectos Cognitivos e Biológicos em Depressão Geriátrica. In Aprahamian, I., Biella, M., M. Cerejeira, J. Alves, T., C., T., F. (Coord.), *Psiquiatria Geriátrica*. 1ª ed. p. 159-166. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lemes, C., B., Neto, J., O. (2017). Temas em Psicologia. *Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde*. Vol. 25, (1), 17-28. doi: 10.9788/TP2017.1-02
- Machado, B., C., P. (2019) *Versão curta do Mini Mental State Examination (MMSE) para screening de Defeito Cognitivo Ligeiro (DCL)*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/40348>
- Matimba, A. (2014). *Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas Institucionalizadas na unidade do Sagrado Coração com défices cognitivos moderados—CSBJ*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/18096>
- Matos, A., Mourão, I., Coelho, E. (2016). *Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos*. *Motricidade*, 12 (2), 38-47. <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.6805>.
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). *Psychosocial interventions for people with dementia: A synthesis of systematic reviews*. 23(4), 393-403. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>.
- Medalia, A. & Revheim, N. (2002). *Como lidar com os Défices Cognitivos associados*

às doenças mentais – guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental. Edição portuguesa: Encontrar+se. Disponível em: https://www.encontrarse.pt/wpcontent/uploads/2019/02/manual_como_lidar_c_om_defices_cognitivos.pdf

Monteiro, L. e Louza, M. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl. 2, 179-183. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800006>

Neuman, B. (1995). *The Neuman system model*. 3th ed. Stamford (CT): Appleton & Lange.

Observatório Nacional da Luta contra a Pobreza, (2021). *A saúde Mental em Portugal: um breve retrato epidemiológico e social*. Disponível em: <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAdede-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1º ed. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Mental health: A state of well- being*. Genebra. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção*. Nova Esperança. OMS.

Petrakis, M., & Laxton, S. (2017). *Intervening Early with Family Members during First Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 48–54.

doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.015

- Pinho, A. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com demência em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Reis., A., Petersson, K. M., Faísca, L. (2009). *Neuroplasticidade: Os efeitos de aprendizagens específicas no cérebro humano*. In C. Nunes, & S. Jesus (Eds.), *Temas actuais em Psicologia* (pp. 11 - 26). Faro: Universidade do Algarve. Acedido em: <https://www.researchgate.net/publication/50809628>
- Santos, F., S. Silva, T., B., L. Almeida, E., B. Oliveira, E., M. (2013). *A estimulação cognitiva para idosos - Ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Sarmiento, J., Duque, M., Simões, R. (2016). Projeto Horizonte-Estimulação cognitiva em idosos com doença mental. *Revista Hospitalidade*. Vol. 3 (11) p. 50-53.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Edições Lidel.
- Sequeira, C., Sá, L. (2010, outubro). *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. In II Congresso Internacional SPESM. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Barcelos. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4143>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Edições Lidel.
- Silva, M., A. (2019). *A relação entre a reserva cognitiva e processos cognitivos no envelhecimento*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro.
- Silva, V., A., H. (2018). *Estimulação cognitiva como intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Silva, V., A., H. & Seabra, P., R., C. (2020). *Estimulação cognitiva em pessoas com doença mental na comunidade: revisão integrativa*. 73(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0192>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). *Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, Vol. 56, 13–24. doi: [10.1016/j.cpr.2017.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002)
- Sousa, L., Araújo, O., Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp.190-192) Lisboa: Lidel.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Vol.

8, pp. 448-460. doi:[10.1017/S1355617702813248](https://doi.org/10.1017/S1355617702813248)

Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Tomey, A., M. & Aligood, M., R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusodidacta. p. 3-34.

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

Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.

Zipursky, R., Schulz, S. C. (coord.) (2003). *As Fases Iniciais da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editor.

