

AUTOCONTROLO EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SELF-CONTROL IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY SETTINGS:

Development of specialized clinical competencies in the field of
Mental Health and Psychiatric Nursing

Helena Isabel Cardoso Laiginhas Afonso

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

AUTOCONTROLO EM CONTEXTO DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA: Desenvolvimento de
competências clínicas especializadas na área de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SELF-CONTROL IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY
SETTINGS: Development of specialized clinical
competencies in the field of Mental Health and
Psychiatric Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Rosa Silva e coorientado pelo
Professor Doutor José Carlos Carvalho

Helena Isabel Cardoso Laiginhas Afonso

Porto, 2024

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.*

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Não basta seguir o caminho, é preciso que saibamos dar valor à caminhada e a quem nela nos acompanha. Obrigada a todos com quem partilhei este percurso e que o enriqueceram. Professores, colegas, profissionais das equipas dos locais de estágio e utentes.

Um agradecimento especial aos orientadores, Professora Doutora Rosa Silva e Professor Doutor José Carlos Carvalho. À Professora Doutora Júlia Marques. Ao meu amor, Tommy. À minha mãe, Lurdes. À irmandade.

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante sofrimento ou doença mental. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) possui uma formação diferenciada, que pressupõe o desenvolvimento de competências específicas. O presente relatório espelha o percurso de desenvolvimento dessas competências e é subordinado ao tema “Autocontrolo”. Esta é uma área significativa, em que merece haver um conhecimento acrescido. Estando o autocontrolo adequado, associado a uma vasta gama de resultados positivos tanto a nível da saúde mental e física, como noutras áreas da vida, o EESMP deve atuar como promotor desta competência. O EESMP pode intervir no âmbito do autocontrolo comprometido, seja dos impulsos, da agressividade ou da ansiedade.

O estágio de natureza profissional decorreu nos contextos comunitário; internamento de pessoas em fase de descompensação aguda e cuidados diferenciados. A organização adotada neste relatório permite dar uma ideia clara do trabalho desenvolvido em cada contexto. É possível entender o percurso de aprendizagem desenvolvido, através da aplicação do processo de enfermagem e das intervenções executadas em cada um deles. Ter por base a pesquisa da literatura foi fundamental. Em contexto comunitário, destaca-se a intervenção na consulta de cessação tabágica e o projeto de promoção de saúde mental de mães cuidadoras de filhos com paralisia cerebral. Em contexto de internamento, destaca-se a intervenção no âmbito do autocontrolo da ansiedade em utentes com diagnóstico de enfermagem ansiedade. Em contexto de respostas diferenciadas, destaca-se a intervenção no âmbito do autocontrolo dos impulsos e do autocontrolo da ansiedade em utentes do programa de substituição opiácea. A integração nos três diferentes contextos de estágio permitiu o desenvolvimento de todas as competências de EESMP. Espera-se que a execução e partilha deste relatório contribua para a edificação de uma prática clínica de ESMP baseada em evidência científica, tendo como referência a excelência do cuidar em enfermagem.

Palavras-chave: Autocontrolo; Saúde Mental; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Desenvolvimento de Competências.

ABSTRACT

Psychiatric Mental Health Nursing focuses on the promotion of mental health, prevention, diagnosis and intervention in maladaptive responses that generate suffering or mental illness. A Specialist Nurse in Psychiatric Mental Health has specialized training requirements with the objective of developing professional competence in a specific set of skills. This report reflects on the development of these skills, focusing on "self-control". This is a significant area in which there deserves to be more knowledge. Adequate self-control is associated with a wide range of positive outcomes in an individual's health; physical as well as mental. It is, therefore, important that Psychiatric Mental Health Specialist Nurses promote the development of this skill. The professional competence of the Specialized Nurse enables intervention in the area of compromised self-control that includes the areas of anxiety, impulses, and aggression.

The internship took place in community settings; acute hospitalization; and differentiated care. The organization adopted in this report gives a clear idea of the work carried out in each context. It is possible to understand the learning path developed through the application of the nursing process and the interventions carried out in each of them. A previous literature search was essential. In the community setting, we highlight the intervention in the smoking cessation consultation and the project to promote mental health of mothers caring for children with cerebral palsy. In acute hospitalization setting, we highlight the intervention in the area of self-control of anxiety in patients with a nursing diagnosis of anxiety. In the context of differentiated responses, we highlight the intervention in the area of self-control of impulses and self-control of anxiety in patients of the opioid substitution program. The integration of the three different internship contexts enabled the development of all the Specialist Nurse in Psychiatric Mental Health competences. It is hoped that the writing and sharing of this report will contribute to building a clinical practice of Psychiatric Mental Health Specialist Nurses based on scientific evidence, with excellence in nursing as a reference.

Key-words: Self-Control; Mental Health; Mental Health and Psychiatric Nursing; Specialist Nurse in Psychiatric Mental Health; Skills Development.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAR	Abordagem de Ação Racionalizada
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	American Psychological Association
ARS	Administração Regional de Saúde
ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVD	Atividades de Vida Diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRI	Centro de Respostas Integradas
CT	Comunidade Terapêutica
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EESMP	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ET	Equipa de Tratamento
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
ICN	International Council of Nurses
MMSE	Mini-Mental State Examination
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
PBC	Controlo Comportamental Percebido
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
VIH	Vírus da Inunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1. Autocontrolo.....	21
1.2. Teoria integrativa do autocontrolo	22
1.3. Falhas no autocontrolo	25
1.4. Autocontrolo e comportamentos de saúde	27
1.5. Autocontrolo e consequências ao longo da vida.....	30
1.6. Autocontrolo e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	32
2. ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	37
2.1. Caracterização do contexto clínico	37
2.2. Atividades desenvolvidas no contexto comunitário.....	38
2.2.1 Projeto de promoção de saúde mental de mães cuidadoras de filhos com paralisia cerebral.....	38
2.2.2 Consulta de cessação tabágica	45
3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PESSOAS EM FASE DE DESCOMPENSAÇÃO AGUDA.....	49
3.1 Caracterização do contexto clínico	49
3.2. Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda.....	49
4. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE ÁREAS DIFERENCIADAS.....	53
4.1 Caracterização do contexto clínico	53
4.2 Atividades desenvolvidas no contexto de áreas diferenciadas	53
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	59
5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	59
5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	64
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
APÊNDICES	83
Apêndice 1 - Sessões de Reestruturação Cognitiva	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Processo e estágios da teoria do autocontrole	23
Figura 2 Potenciais caminhos de influência do autocontrole aos comportamentos de saúde	28
Figura 3 Fatores que configuram o programa de Saúde Mental Positiva	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Conteúdos das sessões do projeto	43
Quadro 2: Atividades que permitiram o desenvolvimento da primeira competência comum	60
Quadro 3: Atividades que permitiram o desenvolvimento da segunda competência comum	61
Quadro 4: Atividades que permitiram o desenvolvimento da terceira competência comum	62
Quadro 5: Atividades que permitiram o desenvolvimento da quarta competência comum	63
Quadro 6: Atividades que permitiram o desenvolvimento da primeira competência específica	65
Quadro 7: Atividades que permitiram o desenvolvimento da segunda competência específica	66
Quadro 8: Atividades que permitiram o desenvolvimento da terceira competência específica	67
Quadro 9: Atividades que permitiram o desenvolvimento da quarta competência específica	68
Quadro 10: Desenvolvimento da primeira competência específica por campo de estágio	69
Quadro 11: Desenvolvimento da segunda competência específica por campo de estágio	70
Quadro 12: Desenvolvimento da terceira competência específica por campo de estágio	71
Quadro 13: Desenvolvimento da quarta competência específica por campo de estágio	72

INTRODUÇÃO

O presente relatório de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) é subordinado ao tema “Autocontrolo” e surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Este foi elaborado no sentido de demonstrar o percurso realizado ao longo do estágio de natureza profissional e refletir sobre o tema “Autocontrolo”. O autocontrolo pode ser definido como a capacidade de anular impulsos, resistir a tentações e anular as reações dominantes, desenvolvendo processos automáticos eficientes que promovam a realização de objetivos (de Ridder et al., 2020) e é apontado como um forte indicador dos comportamentos de saúde (Conner et al., 2023).

A escolha da temática recaiu sobre o autocontrolo, tendo em conta que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) pode ter uma intervenção fundamental junto de indivíduos em que o autocontrolo esteja comprometido e contribuir assim para a obtenção de ganhos em saúde. Desta forma, é importante aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre o tema durante o desenvolvimento de competências específicas em ESMP.

O estágio realizou-se em três contextos diferentes, nomeadamente em contexto comunitário numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) da zona norte, em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda num serviço de psiquiatria de um centro hospitalar da zona norte e em contexto clínico em áreas diferenciadas numa equipa de tratamento (ET) de um centro de respostas integradas (CRI), também da zona norte.

Os estágios são uma etapa crucial na formação de enfermagem, uma vez que contribuem para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas (Alarcão & Costa, 2008).

O presente relatório teve a orientação académica dos professores doutores Rosa Silva e José Carlos Carvalho e a orientação tutorial de EESMP. A elaboração alicerça-se no método descritivo e reflexivo, sustentado por pesquisa bibliográfica em base de dados do motor de busca da EBSCOhost, com recurso a outras fontes bibliográficas consideradas pertinentes e ainda a informações obtidas através de entrevistas informais realizadas aos enfermeiros tutores dos referidos campos de estágio. A referenciação bibliográfica é feita de acordo com as normas da APA 7ª edição. Foram salvaguardadas as questões éticas e todos os dados pessoais foram protegidos.

O presente relatório apresenta como objetivos gerais: efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática “Autocontrole” no âmbito da saúde mental e psiquiátrica; caracterizar os contextos de estágio; descrever e fundamentar as atividades planejadas e realizadas em estágio, explanando os estudos de caso realizados e ainda refletir sobre as competências desenvolvidas em cada um dos contextos clínicos.

Deste modo, o relatório está dividido em seis partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, no qual é abordada a temática central “Autocontrole” que sustenta o presente relatório. Nos três capítulos seguintes, é possível entender o percurso de aprendizagem desenvolvido nos diferentes contextos clínicos de estágio, através da aplicação do processo de enfermagem e das intervenções executadas em cada um deles.

No capítulo final, são abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESMP, sendo feita, em seguida, uma reflexão sobre o desenvolvimento destas competências ao longo do estágio de natureza profissional.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Autocontrolo

O autocontrolo é considerado uma função central do eu e uma chave importante para o sucesso na vida (Baumeister et al., 2007). Este é definido como a capacidade de alterar impulsos, pensamentos, emoções e comportamentos indesejados, a fim de alinhá-los com padrões internos e externos. Os nomes para o autocontrolo podem variar desde atraso na gratificação, controlo com esforço, força de vontade, controlo executivo, autorregulação, autodisciplina e força do ego. O autocontrolo é exercido para abandonar hábitos intrusivos e começar novos, para quebrar relações, para atividades simples e rotineiras da vida diária como lavar a louça e para implementar novos padrões comportamentais, como evitar ter um comportamento desajustado perante um ente querido em momentos de desacordo (Koi, 2023; Willems et al., 2019; de Ridder et al., 2020).

O autocontrolo pode ter diferentes formas, desde o emocional ao de impulsos. O controlo emocional está relacionado com a regulação emocional, assim como a gestão ou expressão de emoções e/ou respostas emocionais de alguém. O controlo emocional pode ocorrer como parte da regulação focada no antecedente ao aparecimento da emoção ou através da regulação focada na resposta após o aparecimento da mesma. Além disso, pode referir-se à capacidade de exercer influência sobre a emoção e modular a emoção por meio do uso de estratégias cognitivas ou comportamentais, tendo impacto direto na saúde e bem-estar do indivíduo (LaCaille et al., 2013). Por outro lado, o controlo de impulsos ou a capacidade de resistir ao impulso de realizar uma ação é uma habilidade que se desenvolve ao longo do tempo num indivíduo. Os fatores que contribuem para o desenvolvimento do controlo de impulsos são complexos e envolvem vários domínios, incluindo fatores biológicos, de desenvolvimento, psicológicos e culturais. Os aspetos biológicos do desenvolvimento do controlo dos impulsos referem-se principalmente ao desenvolvimento de estruturas cerebrais específicas, relacionadas com as regiões corticais do cérebro, geralmente o córtex pré-frontal e, mais especificamente, o córtex orbitofrontal, que são responsáveis pela regulação do controlo dos impulsos (Bailer et al., 2011).

A importância do controlo para o comportamento e o bem-estar é indiscutível. O nível de autocontrolo numa idade jovem pode prever habilidades cognitivas e de autorregulação na adolescência, bem como resultados essenciais, como saúde e bem-estar mais tarde na vida. Indivíduos com nível elevado de autocontrolo são mais felizes e mais saudáveis ao longo da adolescência e na idade adulta. O baixo nível de autocontrolo está relacionado com a falta de sucesso a nível escolar, nos relacionamentos e no mercado de trabalho. Além disso, o baixo autocontrolo está associado a comportamentos problemáticos, como a compra por impulso ou

dívida financeira, padrões alimentares desadaptados e procrastinação (Gillebaart, 2018; Willems et al., 2019).

1.2. Teoria integrativa do autocontrole

A teoria integrativa do autocontrole é um modelo de autocontrole que se aplica a casos de autocontrole que envolvem conflito intrapsíquico entre o desejo e um objetivo de ordem superior (Kotabe, 2016). Este modelo inspira-se no modelo de processo de regulação emocional. A regulação emocional refere-se às tentativas de influenciar os tipos de emoções que as pessoas experimentam, quando as experimentam e como são expressas. A semelhança mais notável em ambos os processos é que ambos se concentram em processos regulatórios que promovem o cumprimento de metas. A principal diferença tem a ver com o objetivo final que, relativamente ao autocontrole, é, na maioria das vezes, regular o comportamento de uma pessoa (Werner & Ford, 2023).

Segundo Kotabe (2016), esta teoria é um processo dinâmico e de vários estágios e propõe que o resultado comportamental de um episódio de autocontrole seja determinado pela interação de sete componentes psicológicos centrais:

1. Desejo/Tentação - força motriz que começa com o estado visceral mediado subcorticalmente pela vontade, seguido por uma elaboração cognitiva que direciona a pessoa para estímulos imediatos relacionados com a recompensa;
2. Meta de ordem superior - associado a um estado final que motiva a atividade psicológica. Os resultados comportamentais são frequentemente perseguidos intencionalmente e associados a expectativas de benefícios a longo prazo;
3. Conflito Desejo/Objetivo - uma forma de conflito de resposta causada pela coativação de um determinado desejo e um objetivo de ordem superior, pelo menos parcialmente incompatível. Este transforma a intenção do desejo e o objetivo de ordem superior num objetivo de autocontrole;
4. Motivação de controlo - a motivação para o controlo é determinada pelo objetivo de autocontrole, bem como por fatores adicionais que aumentam o desejo;
5. Capacidade de controlo - todos os recursos cognitivos potenciais não motivacionais que uma pessoa pode utilizar para facilitar o controlo da tentação, tais como atenção dirigida e capacidade inibitória;
6. Esforço de controlo - utilização eficaz da capacidade de controlo;

7. Restrições de execução - fatores ambientais que limitam as opções comportamentais de uma pessoa.

De acordo com este modelo, inicialmente é identificada a necessidade de regular uma meta a longo prazo ou desejo, depois são selecionadas quais as estratégias a usar e por fim implementam-se essas estratégias, transformando-as em táticas correspondentes, isto é, pensamentos, comportamentos ou ações específicas. Ao longo deste processo, as pessoas monitorizam cada estágio, decidindo quando manter, mudar ou abandonar o processo atual.

A Figura 1 fornece uma visão geral do processo dinâmico e dos diferentes estágios, onde em cada etapa é considerado um ciclo de autocontrole pelo qual o estado atual (W), como uma meta, é percebido (P) e avaliado (V), resultando em uma ação (A) (Kotabe, 2016; Werner & Ford, 2023).

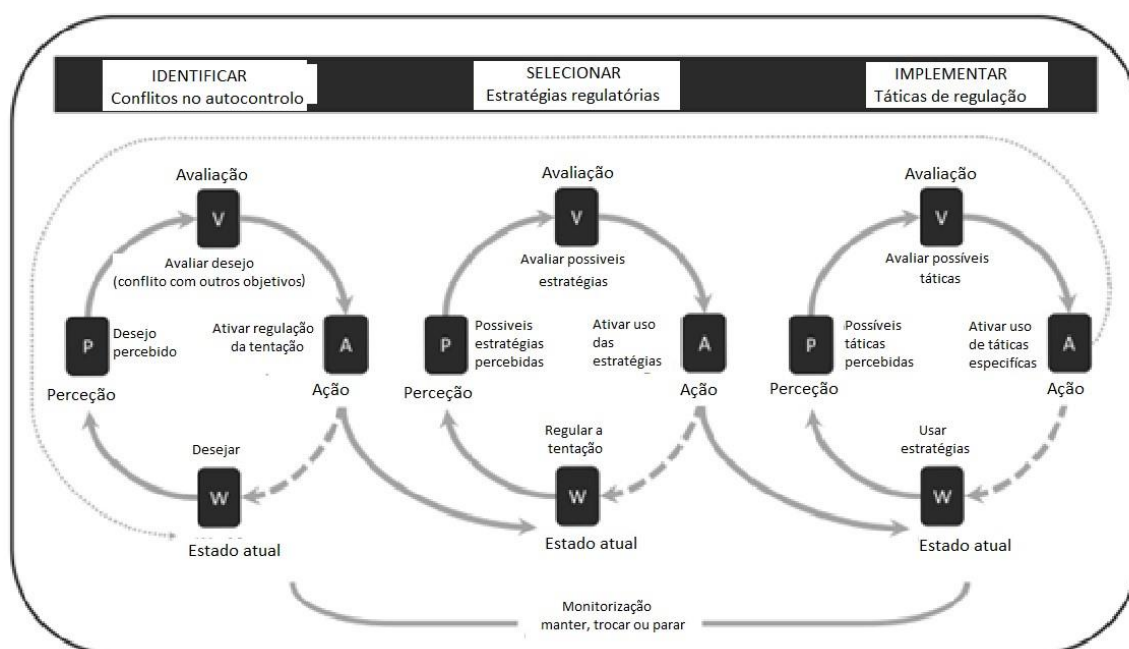


Figura 1 Processo e estágios da teoria do autocontrole (Adaptado de Werner & Ford, 2023).

Como ilustrado na figura acima, o caminho mais comum para descrever o processo de autocontrole engloba os seguintes estágios:

a) **Identificação: escolha de quais os objetivos regulatórios a alcançar;**

Todo este processo tem início com a identificação da necessidade do autocontrole. Tal como demonstrado na Figura 1, a etapa de identificação envolve vivenciar o desejo, representado no atual do mundo (W). O desejo é detetado na etapa de percepção (P) e o seu valor subjetivo é avaliado com base nos benefícios e custos na etapa de avaliação (V). Neste momento, ocorre o conflito (consciente ou inconsciente) entre dois objetivos concorrentes, sendo ambos coavaliados. Essa avaliação tem como objetivo ponderar o valor subjetivo do desejo em relação

ao valor subjetivo da meta de longo prazo. Quando é detetado conflito suficiente, o desejo torna-se uma tentação e a necessidade de autocontrolo é desencadeada na etapa de ação (A). Se um desejo não entrar em conflito com quaisquer outros objetivos de longo prazo, então o desejo é percebido, avaliado e, se for valorizado positivamente, será perseguido ativamente (Werner & Ford, 2023).

Diferentes desejos não são, por si próprios, problemáticos e o primeiro passo é identificar o conflito. O modelo de escolha baseado em valor propõe que as opções sejam avaliadas através de um processo de acumulação de valor com base neurológica, onde:

- (1) o valor subjetivo é a soma ponderada de atributos relevantes para a escolha (que podem variar entre pessoas, contexto, tempo) e
- (2) os neurónios rastreiam o valor subjetivo de uma forma ruidosa, mas probabilística, até que um limite desejado de atuação seja alcançado.

O valor é acumulado ao longo do tempo, sendo que a opção com maior valor subjetivo é finalmente adotada (Lin et al., 2018).

b) Seleção: escolha de estratégias regulatórias a usar;

Tal como referido anteriormente, após a identificação da necessidade de autocontrolo, é necessário eleger quais as estratégias para prevenir e resolver conflitos. As estratégias potenciais são detetadas na etapa de perceção (P) e depois avaliadas com base no balanço dentro de um determinado contexto na etapa de avaliação (V). Se uma estratégia for suficientemente valorizada positivamente, ela é selecionada na etapa de ação (A), sendo escolhidas aquelas que têm uma maior valorização (Kotabe, 2016; Werner & Ford, 2023).

Neste modelo podem dividir-se as estratégias em quatro grupos: mudar ou modificar o ambiente para evitar tentações (estratégias situacionais), direcionar a atenção para características da situação que facilitam o autocontrolo (desenvolvimento da atenção), mudar a maneira como pensam sobre a situação (mudança cognitiva), ou concentrar-se em influenciar diretamente a resposta experiencial, comportamental ou fisiológica, uma vez que a tentação esteja totalmente desenvolvida (modulação da resposta). Contudo, a eficácia de uma estratégia depende das estratégias que cada pessoa tem à sua disposição e das características contextuais que decorrem da pessoa, situação ou cultura (Aldao et al., 2015; Bonanno & Burton, 2013).

c) Implementação: transformando estratégias em táticas específicas;

Esta fase do processo resume-se na aplicação das estratégias que melhor correspondem à situação (Ford et al., 2019). Como foi ilustrado na Figura 1, verifica-se que as estratégias potenciais são detetadas na etapa de perceção (P) e são avaliadas com base nos seus custos e benefícios subjetivos dentro de um determinado contexto na etapa de avaliação (V). Se uma estratégia for suficientemente valorizada de forma positiva, esta é implementada na etapa de ação (A). As estratégias escolhidas são então implementadas, originando o resultado

comportamental final (Werner & Ford, 2023). As estratégias podem ser conceptualizadas ou orientadas para objetivos, isto é, comportamentos centrados na abordagem de um objetivo a longo prazo, ou orientadas para a tentação. Embora as estratégias baseadas na evitação possam ajudar uma pessoa a “sobreviver” a um dilema de autocontrole, as estratégias baseadas na abordagem de um objetivo a longo prazo são necessárias para “prosperar” (Stok et al., 2016; Werner & Ford, 2023).

d) Monitorização: saber quando manter, mudar ou interromper uma abordagem escolhida.

Em cada fase, os processos de monitorização determinam se os objetivos ou estratégias regulamentares devem ser mantidos, alterados ou interrompidos. Certas estratégias são interrompidas quando o objetivo é alcançado. As estratégias são mantidas quando o objetivo ainda não foi alcançado, mas estas ainda são adequadas para a situação. Nos casos em que as estratégias escolhidas não ajudam a pessoa a fazer progressos suficientes, existem dois resultados potenciais: mudar a abordagem regulamentar ou ceder à tentação (Werner & Ford, 2023).

1.3. Falhas no autocontrole

A lógica por trás das diversas abordagens ao autocontrole torna-se mais transparente, uma vez que nos concentramos nos casos que originalmente as motivaram. Frequentemente, esses casos envolvem falhas de autocontrole, em vez de exercícios bem-sucedidos. As causas para isto acontecer são a falta de vontade ou atraso de gratificação.

a) Falta de vontade

O conceito de falta de vontade pode definir-se como a incapacidade de um indivíduo para tomar decisões de acordo com o seu melhor julgamento ou com a impossibilidade de executar uma decisão já tomada através da revisão das intenções. Desta forma, existe a dificuldade de refletir sobre os objetivos e sobre as ações mais adequadas para os alcançar (Guio, 2019).

Além disso, a falta de vontade reflete-se na incoerência entre as ações e as intenções, cujos objetivos não são coordenados, assim como a quantidade e a qualidade de meios necessários para a sua realização, conduzindo a uma eventual mudança de objetivos ou a um estado de indeterminação. Dessa forma, a falta de vontade cria um obstáculo na conexão entre objetivos e estratégias. Alguém com falta de vontade pode fixar-se em representações e não ser capaz

de criar objetivos a longo prazo mais adequados a um padrão de racionalidade objetiva (Guio, 2019).

Deste modo, a distinção entre atitudes avaliativas e motivacionais ajudam a explicar porque é que há algo de irracional ou problemático na falta de vontade. As atitudes avaliativas respondem normalmente a considerações racionais, enquanto as atitudes motivacionais são vistas como mais suscetíveis a fatores de distração ou a refletir apenas uma avaliação parcial do que é bom num determinado resultado. Aquilo que pode ser agradável pode não ser bom, tendo em conta todos os fatores externos. Exercer o autocontrolo é uma questão de intervir para que o comportamento se alinhe com a nossa posição avaliativa, nos casos em que as motivações não estão alinhadas com esta (Amaya, 2020).

O EESMP é um profissional capacitado para intervir neste âmbito, pelas suas competências específicas, podendo ajudar e capacitar os seus utentes a resolver adequadamente os conflitos motivacionais que definem o autocontrolo, por exemplo através da intervenção psicoterapêutica “entrevista motivacional”, dado que esta permite demonstrar ao indivíduo os motivos e as razões pelas quais deve iniciar o processo de mudança e assim impeli-lo a mudar (Sequeira, 2016).

b) Atraso na gratificação

De acordo com Amaya (2020), enquanto as abordagens filosóficas ao autocontrolo se relacionam com a falta de vontade, as abordagens psicológicas têm a ver frequentemente com a noção de gratificação retardada. Neste contexto, a ideia é que resistir ao impulso de receber uma recompensa imediata para receber mais tarde uma recompensa maior é, por vezes, difícil de conseguir. Esta dificuldade explica as falhas comuns e generalizadas do autocontrolo.

Sabe-se que a capacidade de adiar a gratificação não está associada com a idade, mas sim com características independentes e significativas do ponto de vista do desenvolvimento, estando relacionada com a capacidade de autorregulação, responsabilidade social e com o nível de ambição dos planos de vida do indivíduo.

Embora as pessoas tendam geralmente a sentir-se menos motivadas por recompensas num futuro distante do que por recompensas num futuro imediato, os teóricos consideram que uma tendência extrema nesta direção configura um diagnóstico de comprometimento do autocontrolo. Existem vantagens nesta forma de pensar sobre o autocontrolo, fornecendo uma descrição comportamental. Isto é fundamental para descobrir se as intervenções são eficazes, tendo o ambiente afetivo relação direta com o desenvolvimento do autocontrolo.

Além disso, a noção de atraso de gratificação permitiu relacionar o autocontrolo com outras características psicológicas importantes, tais como a tomada de decisão impulsiva.

Nesta lógica, segundo Sampaio et al. (2023), o EESMP pode intervir no âmbito do autocontrolo dos impulsos comprometido, por exemplo, com a execução da intervenção psicoterapêutica

“modificação do comportamento”, na qual é utilizado, entre outros, o treino de autocontrole (consciencialização, auto-observação, auto-instrução) para promover a aprendizagem de comportamentos.

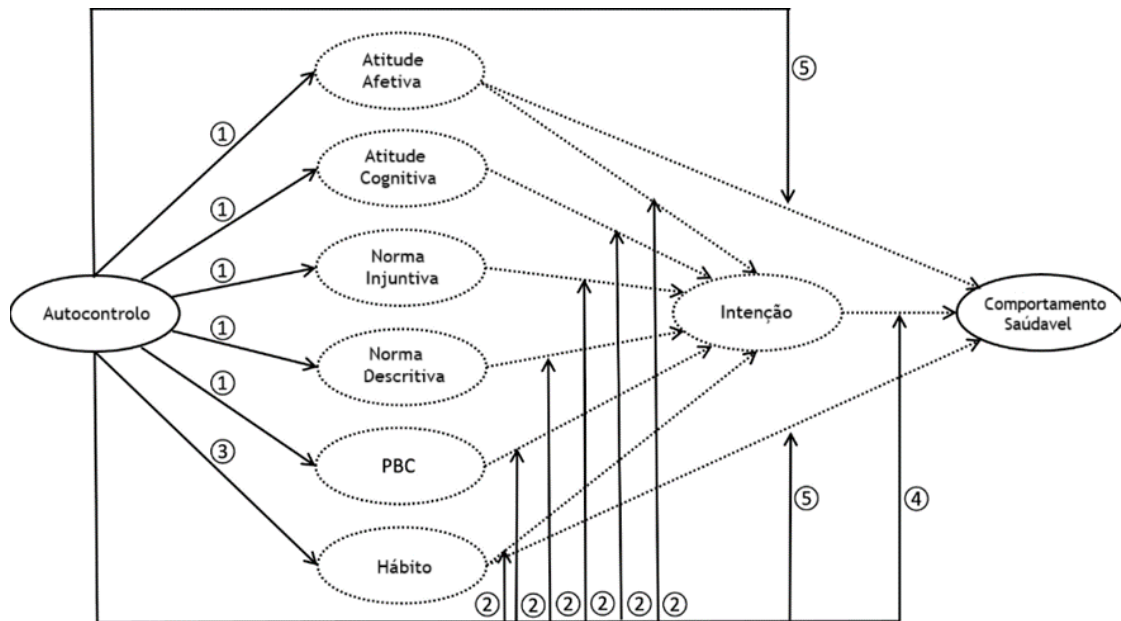
1.4. Autocontrole e comportamentos de saúde

Como visto anteriormente, o autocontrole pode ser definido como sendo a capacidade de anular impulsos, resistir a tentações/desejos e anular respostas dominantes, avançar para metas a longo prazo em detrimento de metas a curto prazo e desenvolver processos automáticos e eficientes que promovam o alcance de metas (de Ridder et al., 2012).

Relativamente aos comportamentos saudáveis, o autocontrole pode ser visto com cinco vias diferentes, em que um maior autocontrole leva a:

- Definir intenções de objetivos mais saudáveis que aumentam o desempenho comportamental (a via da avaliação);
- Atribuir maior peso à utilidade, viabilidade e prescritividade da ação e menor peso aos afetos e normas descritivas durante a formação da intenção (a via da priorização);
- Criar hábitos que conduzam à execução eficaz de comportamentos de saúde (a via da habituação);
- Maior capacidade de passar das intenções saudáveis à ação (a via da ativação);
- Maior sucesso na superação de influências afetivas ou habituais (via da inibição)

(Conner et al., 2023).



Legenda: PBC - perceived behavioral control (controle comportamental percebido).

Figura 2 Potenciais caminhos de influência do autocontrole aos comportamentos de saúde (Adaptado de Conner et al., 2023).

Na Figura 2, as linhas tracejadas indicam caminhos especificados pela abordagem da ação racional e pela teoria do hábito, enquanto as linhas contínuas indicam caminhos indicados acima (1 - via de avaliação, 2 - via de priorização, 3 - via de habituação, 4 - via de ativação e 5 - via de inibição).

De acordo com Conner et al. (2023), a **via de avaliação** consiste em valorizar o comportamento. Neste sentido, a tomada de decisão é baseada em valores e numa avaliação prévia. O autocontrole prevê controle comportamental, envolvendo vários comportamentos de saúde. Este caminho sugere que um elevado autocontrole leva a crenças mais fortes sobre o prazer ou benefícios instrumentais dos comportamentos de saúde, aumento das percepções de apoio normativo e maior facilidade em agir de forma saudável. Este pode ser considerado um modelo de mediação: autocontrole → cognições → intenções → comportamento.

Por outro lado, a **via de priorização** está relacionada com o peso atribuído a essas diferentes considerações durante a formação de intenção. Este é um modelo de moderação que envolve a hipótese de que um maior autocontrole ajuda numa melhor previsão da intenção por meio de atitudes cognitivas, controle comportamental e relações mais fracas entre intenções e atitudes afetivas, normas descritivas e hábitos. Neste momento, o autocontrole tem um papel fundamental, visto que é nesta fase que são priorizados os comportamentos/objetivos, estando associado à priorização dos objetivos de longo prazo em detrimento dos de curto prazo e à avaliação de comportamentos de uma maneira mais imparcial.

O autocontrole deve estabelecer:

- quais as associações mais fortes entre atitudes e intenções cognitivas e
- quais as associações mais fracas entre atitudes afetivas e intenções.

Pela mesma razão, os hábitos deveriam ter menos influência no processo de formação de intenções quando o autocontrole é alto. Assim, a **via de priorização** prevê que, à medida que o autocontrole aumenta, as atitudes cognitivas e o controle comportamental têm maior influência sobre as intenções, enquanto as atitudes afetivas e os hábitos se tornam menos influentes.

Relativamente à **via de habituação**, esta envolve um modelo de mediação, sendo os hábitos o fator mais importante. A ideia é que sejam desenvolvidos hábitos que podem facilitar de forma eficiente e eficaz as metas comportamentais.

No que toca à **via de ativação**, esta aborda a hipótese de que o autocontrole modera a relação entre intenções e comportamento, de modo que um maior autocontrole demonstra uma melhor ativação das intenções em ações.

Pelo menos dois mecanismos poderiam estar subjacentes a este caminho:

- (1) O autocontrole pode estar associado a intenções mais estáveis e a estabilidade da intenção modera a consistência intenção-comportamento.
- (2) O autocontrole está associado à propensão para formar intenções de implementação, que são um moderador estabelecido das relações intenção-comportamento.

Por fim, a **via de inibição** está relacionada com o conceito tradicional de autocontrole, sendo um esforço de controlo dos impulsos. Esta tem como objetivo que o desempenho do comportamento saudável não pode ser comprometido por hábitos indesejados ou influências afetivas.

Uma das principais razões por que o autocontrole promove os comportamentos de saúde é que o aumento do autocontrole conduz as pessoas a verem as ações de saúde como desejáveis e viáveis o que, por sua vez, significa que as pessoas estabelecem objetivos para empreender ações de proteção da saúde e evitar comportamentos de risco para a saúde. Concluíram ainda que o autocontrole promove a formação de hábitos que conduzem a taxas mais elevadas de realização dos objetivos de saúde (Conner et al., 2023)

Estes cinco caminhos descritos envolvem a integração de duas teorias:

- Abordagem de Ação Racionalizada (AAR) e
- Teoria do Hábito.

Segundo Hagger et al. (2018), a AAR é o modelo social cognitivo que tem sido aplicado para prever e explicar o comportamento em múltiplos contextos. Esta é uma versão mais abrangente do seu precursor, a teoria do comportamento planeado e reflete até que ponto os indivíduos estão motivados para realizar um determinado comportamento, sendo considerado o antecedente mais próximo do comportamento.

As intenções são uma função de três conjuntos de construções baseadas em crenças: atitude, normas subjetivas e controlo comportamental percebido (PBC). A atitude é a avaliação geral do comportamento da pessoa e compreende crenças sobre as consequências instrumentais da ação (por exemplo, benefícios para a saúde) e sentimentos que resultam do desempenho comportamental (denominadas atitudes cognitivas e afetivas, respetivamente). As normas sociais compreendem tanto normas injuntivas (pressão social percebida para executar um comportamento) quanto normas descritivas (crenças sobre taxas de desempenho comportamental entre um grupo de referência). Por fim, o controlo comportamental percebido é a avaliação da pessoa sobre a facilidade ou dificuldade de agir ou a confiança na capacidade de executar o comportamento.

Embora o controlo comportamental percebido possa ser subdividido em capacidade e autonomia, apenas a componente capacidade prevê intenção e comportamento. Assim, a AAR sustenta que variáveis como o autocontrolo influenciam o comportamento, alterando componentes da abordagem ou moderando a relação entre os componentes e a intenção ou comportamento.

Por outro lado, a Teoria do Hábito foi desenvolvida para explicar o facto de que muito do comportamento humano envolve ações que são repetidamente realizadas nos mesmos contextos. De acordo com esta, os comportamentos que são executados com frequência e consistência nas mesmas circunstâncias ficam sob o controlo de pistas situacionais relevantes que provocam respostas automaticamente (Zhang et al., 2022). O autocontrolo é associado tanto ao aumento dos comportamentos desejados como à diminuição dos comportamentos indesejados (de Ridder et al., 2012).

1.5. Autocontrolo e consequências ao longo da vida

Tal como vimos anteriormente, o autocontrolo é importante para manter comportamentos saudáveis a longo prazo. O autocontrolo adequado no início da vida está ainda associado a uma vasta gama de resultados positivos a longo prazo tanto a nível da saúde física e mental como noutras áreas da vida (Moffitt et al., 2011; Kim et al., 2022).

Sabe-se que os adultos que tiveram maior autocontrole na infância têm menos probabilidade de desenvolver:

- Comportamentos aditivos;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Doença periodontal;
- Obesidade (Moffitt et al., 2011)

Apresentam ainda probabilidade de alcançar:

- Níveis de ensino mais elevados;
- Melhores oportunidades de carreira
- Segurança financeira (Kim et al., 2022).

De acordo com Kim et al. (2022), compreender o desenvolvimento do autocontrole nos jovens é assim crucial não só para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, mas também para reduzir os custos sociais relacionados, por exemplo, com as necessidades de cuidados de saúde causadas pelo baixo autocontrole.

Sendo o autocontrole definido como a capacidade de se envolver em ações voluntárias para atingir objetivos distais valorizados em vez de impulsos proximais conflituosos, este permite inibir ações, emoções e cognições indesejadas e fortalecer as desejadas em prol da adaptação a longo prazo. Os principais desenvolvimentos cognitivos, emocionais e sociais ocorrem durante a adolescência e continuam até a idade adulta jovem. O autocontrole pode ajudar os adolescentes e jovens adultos a ajustarem-se com sucesso a estas mudanças.

Embora o autocontrole aumente mais rapidamente durante a primeira década de vida, continua a desenvolver-se, embora a um ritmo mais lento, durante as fases subsequentes da vida. Em média, o autocontrole amadurece ou aumenta durante a adolescência e a idade adulta jovem, mas há uma substancial heterogeneidade no desenvolvimento do autocontrole, refletida em diversas trajetórias de desenvolvimento do autocontrole em adolescentes e adultos jovens. Isto sugere que o autocontrole não é estável durante a adolescência e a idade adulta jovem e que o seu desenvolvimento provavelmente não é predeterminado (Forrest et al., 2019).

Os problemas de saúde mental, que são comumente divididos em problemas direcionados para o exterior (por exemplo, comportamentos agressivos e de quebra de regras) e problemas direcionados para o interior (por exemplo, comportamentos ansiosos e depressivos), surgem frequentemente na juventude.

Isto deve-se em parte ao aumento da plasticidade nas regiões do córtex, o que não só facilita o desenvolvimento, mas também aumenta a sensibilidade dos adolescentes aos efeitos do stress na saúde mental. Os problemas de saúde mental têm sido relacionados com anomalias

estruturais e funcionais no córtex pré-frontal que podem causar prejuízos nas funções executivas. Estas influenciam o autocontrole, ajudando os adolescentes a suprimir impulsos indesejados e facilitando ações direcionadas a objetivos. Desta forma, os problemas de saúde mental podem levar ao baixo autocontrole através do comprometimento das funções executivas (Kim et al., 2022).

O funcionamento familiar é outro fator potencialmente importante no desenvolvimento do autocontrole dos adolescentes. O funcionamento familiar reflete como a família funciona como um todo, incluindo interações, relacionamentos, conflitos e coesão entre os membros da família, e representa a organização, adaptabilidade e qualidade da comunicação dentro de uma família. O funcionamento familiar pode moldar o comportamento dos membros da família e vice-versa. Mais especificamente, o ambiente familiar pode ajudar os adolescentes a controlar impulsos indesejáveis, através de formas positivas e construtivas de comunicação e resolução de conflitos que podem servir como exemplos de comportamentos, e pode fornecer um ambiente de apoio para praticar esses comportamentos. Por sua vez, os adolescentes que conseguem regular eficazmente as emoções negativas e os comportamentos indesejados têm maior probabilidade de construir relações positivas com outros membros da família e é pouco provável que provoquem conflitos. Assim, são concebíveis influências bidirecionais entre o funcionamento familiar e o autocontrole dos adolescentes (Kim et al., 2022).

Desta forma, o EESMP pode encontrar aqui uma potencial área de intervenção, podendo ensinar os pais a desenvolverem nos seus filhos esta competência do autocontrole, enfatizando a importância do desenvolvimento de autocontrole durante a infância ou ensinando as próprias crianças, por exemplo em intervenção no âmbito da saúde escolar.

Embora seja fundamental ter autocontrole para manter comportamentos saudáveis, enfatizar excessivamente essa importância pode ser prejudicial. Esta crença pode levar as pessoas a culparem-se quando a sua saúde é influenciada por fatores fora do seu controle. Além disso, pode causar sentimento de desamparo. Isto provoca o sentimento de não poder fazer nada para mudar uma situação, levando à desistência rápida ou simplesmente parar de tentar diante os obstáculos (Moffitt et al., 2011).

1.6. Autocontrole e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o autocontrole corresponde às disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria

manutenção, para se conservar ativo e lidar com as suas necessidades básicas e íntimas (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Sendo que, como já referido, o autocontrolo adequado está associado a uma vasta gama de resultados positivos tanto a nível da saúde mental e física, como noutras áreas da vida (Moffitt et al., 2011; Kim et al., 2022), o EESMP deve atuar como promotor desta competência. A capacidade de autocontrolo de uma pessoa pode estar afetada, e o EESMP, através de sua atuação, tem o potencial de auxiliar na modificação dessa circunstância, favorecendo assim a conquista de melhorias na saúde.

No Autocontrolo comprometido, pode-se incluir o autocontrolo da ansiedade, o autocontrolo de impulsos e o autocontrolo da agressividade (Peixoto et al., 2020). Relativamente ao autocontrolo da ansiedade, para chegar ao diagnóstico de enfermagem autocontrolo da ansiedade comprometido, o EESMP deve procurar identificar os seguintes dados principais:

- Consciência da ansiedade;
- Verbalização de incapacidade para controlar a ansiedade;
- Intenção em controlar a ansiedade;
- Tentativas anteriores de algumas estratégias de controlo sem resultado.

O EESMP pode ainda recorrer a resultado NOC “Autocontrolo da ansiedade” como instrumento de apoio à decisão (Moorhead et al., 2018; Sampaio et al., 2020).

O objetivo do EESMP neste âmbito passa por capacitar o utente para atenuar a ansiedade através de estratégias de resolução de problemas adequadas. Para isso, deverá intervir, através das intervenções principais:

- “Executar escuta ativa;
- Executar intervenção psicoeducativa;
- Treinar técnicas de autocontrolo;
- Ensinar sobre técnicas de relaxamento;
- Executar relação de ajuda;
- Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade:
 - Motivar a utilização de mecanismos de defesa mais apropriados;
 - Ajudar a reconhecer sentimentos como a ansiedade;
 - Encorajar o utente a expressar sentimentos como a ansiedade, auxiliando o utente a explorar as causas do problema e discutir as consequências de não lidar com a ansiedade;

- Ajudar a identificar situações que precipitem ansiedade;
- Incentivar a participação do utente em atividades de distração;
- Ajudar a encontrar estratégias adequadas a diferentes situações ” (Sampaio et al., 2020, p.130).

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio et al., 2023), é possível alcançar o resultado de enfermagem “autocontrolo da ansiedade melhorado” através da execução das seguintes intervenções psicoterapêuticas:

- Técnica de imaginação guiada;
- Técnica de treino autogénico;
- Relaxamento muscular progressivo;
- Reestruturação cognitiva;
- Intervenção em crise;
- Técnica de resolução de problemas.

Relativamente ao autocontrolo dos impulsos e da agressividade, para chegar ao diagnóstico de enfermagem autocontrolo comprometido, o EESMP deve procurar identificar os seguintes dados principais:

- Utente com consciência do problema comportamental;
- Utente com intenção de controlar o comportamento;
- Utente que verbaliza incapacidade para se controlar.

Como dados secundários podem ser recolhidos alguns dos seguintes:

- Agir sem pensar;
- Comportamento violento;
- Explosões de temperamento e irritabilidade.

Pode ainda recorrer-se à análise dos seguintes instrumentos: Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11) (Patton et al., 1995) e Questionário de Agressão de Buss-Perry (Cunha & Gonçalves, 2012), procurando *scores* elevados, e Resultados NOC “Autocontrolo da Impulsividade” e “Autocontrolo da Agressividade” (Moorhead et al., 2018) com alterações no resultado.

O objetivo do EESMP, perante um utente com autocontrolo comprometido, passa por ajudá-lo a reconhecer o problema, identificar as suas causas e desenvolver estratégias para a sua resolução (Peixoto et al., 2020).

As principais intervenções para alcançar este objetivo são:

- Ensinar sobre estratégias de autocontrolo;
- Informar sobre recursos na comunidade;
- Executar apoio emocional;
- Instruir sobre estratégias de resolução de problemas;
- Treinar técnicas de autocontrolo e
- Executar intervenção de promoção de um controlo de impulsos efetivo, através de:
 - 1) Auxiliar o utente a identificar o problema ou a situação que requer uma ação planeada;
 - 2) Auxiliar o utente a escolher a ação mais eficaz;
 - 3) Selecionar uma estratégia de resolução de problemas adequada ao nível de desenvolvimento funcional-cognitivo do utente;
 - 4) Ensinar o utente a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente;
 - 5) Utilizar um plano para modificar o comportamento e para reforçar a estratégia de resolução de problemas que está a ser trabalhada;
 - 6) Auxiliar o utente a avaliar o resultado da ação escolhida;
 - 7) Auxiliar o utente a avaliar a maneira como resultados malsucedidos poderiam ter sido evitados por outras escolhas comportamentais (Peixoto et al., 2020, p.124).

O EESMP é um profissional que, pelas suas competências específicas, está habilitado a intervir no âmbito do autocontrolo da ansiedade, dos impulsos e da agressividade, de modo a obter ganhos em saúde para os seus utentes.

2. ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

2.1. Caracterização do contexto clínico

A UCC onde foi desenvolvido o estágio neste contexto é uma unidade funcional com autonomia organizativa, funcional e técnica que integra um centro de saúde, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da zona norte.

Às UCC, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, que regulamenta os ACES, compete:

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”
(Ministério da Saúde, 2018, p.1182-1189)

A intervenção da referida UCC visa dar resposta às necessidades assistenciais dos utentes residentes na sua área geográfica de influência e inscritos no centro de saúde a que pertence, no total aproximado de 50 mil utentes. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de atuação, assegurando respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população. A equipa é constituída por nutricionista, assistente técnico, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em diversas áreas, nomeadamente saúde mental e psiquiátrica, reabilitação, comunitária e saúde materna e obstetrícia.

Relativamente à área da saúde mental, a UCC apresenta vários projetos de intervenção em curso, em diferentes níveis de atuação, nomeadamente projetos a nível da saúde escolar e projetos direcionados a populações específicas, relacionados, por exemplo, com saúde mental positiva. Existe ainda um grupo de teatro terapêutico e uma consulta de cessação tabágica. A UCC coopera com instituições como Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Pública, Equipa Coordenadora Local e Cruz Vermelha Portuguesa e atua ainda no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados.

2.2. Atividades desenvolvidas no contexto comunitário

O módulo II do estágio, neste contexto, decorreu entre 18 de setembro e 18 de outubro de 2023, com uma carga horária de 125h.

Neste contexto, para além de se ter elaborado e discutido um estudo de caso, foi possível realizar diferentes atividades tendo como alvos diferentes tipos de indivíduos. Foi possível atuar junto da população infantil, através da participação em projetos de saúde escolar já em curso e junto da população adulta através do planeamento e execução de um projeto de promoção de saúde mental de mães cuidadoras de filhos com paralisia cerebral e da realização de consultas de cessação tabágica.

Será dado destaque, no presente relatório, às duas últimas intervenções referidas, sendo uma um exemplo de intervenção em grupo e outra de intervenção individual.

2.2.1 Projeto de promoção de saúde mental de mães cuidadoras de filhos com paralisia cerebral

Avaliação das necessidades

Muitas pessoas cuidam de um membro da família, amigo ou vizinho que precisa de ajuda para cuidar da casa ou de cuidados pessoais. A prestação de tais cuidados pode, no entanto, ser muito exigente e pode levar a elevado esforço físico, fadiga ou stress (Bom et al., 2019).

Os cuidados informais envolvem uma infinidade de atividades complexas prestadas por cuidadores não profissionais. O objetivo destes é atender aos indivíduos que apresentam autonomia e independência reduzidas na execução das atividades de vida diária (AVD). Além disso, este tipo de cuidadores não tem horário de trabalho estabelecido nem recebe remuneração pelos seus esforços. É importante ter em conta também que, geralmente, estão emocionalmente envolvidos com a pessoa de que estão a cuidar (Alves et al., 2019). Assim, o autocontrolo da gestão de sentimentos pode estar comprometido e ser necessária intervenção neste âmbito.

No que diz respeito à carga de cuidados, esta pode ser dividida em duas: carga objetiva e carga subjetiva. A primeira refere-se ao impacto económico e ao tempo gasto em atividades de cuidado, a outro refere-se às respostas emocionais dos cuidadores. Neste sentido, o conceito

de *burnout* pode ser aplicado aos cuidadores pela associação entre o *stress* e a carga de cuidado, bem como aos aspetos críticos que os cuidadores estabelecem com a sua ocupação (Alves et al., 2019).

Embora as pessoas vivam mais tempo agora, também vivem mais anos com doença crónica / deficiência. Desta forma, aumenta o número de indivíduos que necessitam de cuidados, o que requer um aumento substancial na quantidade de cuidadores. Esta necessidade crescente de cuidados não se aplica apenas à população idosa. As crianças com deficiências complexas também vivem agora mais tempo como resultado dos avanços médicos e necessitam de cuidados de forma mais prolongada (Koyanagi et al., 2018).

Em todo o mundo, a grande maioria dos indivíduos que vivem com deficiência recebe apoio e assistência não remunerados de familiares ou amigos (cuidadores informais). Em qualquer momento, uma em cada quatro pessoas atua como cuidador informal, e metade destas provavelmente prestará mais de 20 horas de cuidados por semana em algum momento da sua vida. Muitas vezes os cuidados informais acabam por ser uma alternativa necessária aos serviços de saúde e aos cuidados institucionais por estes últimos poderem ser muito dispendiosos (Koyanagi et al., 2018).

Por exemplo, o diagnóstico de paralisia cerebral numa criança traz consigo grandes mudanças na família. As mães destas crianças passam por uma transição situacional para o papel de cuidadoras dos seus filhos.

A paralisia cerebral é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta o movimento, o tónus muscular e as habilidades motoras devido a danos cerebrais permanentes durante o desenvolvimento, podendo provocar anormalidades nas habilidades intelectuais, visão e fala. Esta tem uma prevalência global de três casos por mil nados vivos, com taxas mais elevadas entre os homens. Esta não tem cura, embora as suas consequências possam ser minimizadas por meio de fisioterapia contínua, tratamentos médicos e terapias. As práticas terapêuticas em crianças com paralisia visam otimizar o seu desenvolvimento dentro das suas limitações, com foco na obtenção de amplitude de movimento como objetivo chave de reabilitação (Dlamini et al., 2023).

Os cuidadores informais têm de prestar cuidados ao nível das AVD, incluindo alimentação, banho, ajuda na locomoção, transporte da criança para avaliações médicas, etc. Desta forma, cuidar de crianças com esta patologia representa desafios significativos para os cuidadores informais, causando stress e tensão. Os principais fatores de stress são os planos desfeitos, abandono de atividades geradoras de rendimento e diminuição do tempo de lazer. Isto pode deteriorar a saúde do cuidador, sendo importante realçar as necessidades pessoais, emocionais, físicas e financeiras dos cuidadores informais, visto que, geralmente, são negligenciadas e comprometidas (Dlamini et al., 2023; Wati et al., 2020).

As mães são as cuidadoras mais comuns de crianças com paralisia cerebral. Frequentemente desempenham este papel em ambiente de rendimentos baixos e médios. Estas mães são, muitas vezes, sobrecarregadas com os cuidados da família, tendo, por vezes, que simultaneamente trabalhar fora de casa para ganhar o seu sustento e cuidar da criança em casa. Criança esta que com o tempo se torna um adulto dependente. Isto coloca uma pressão substancial sobre elas, devido à interseção entre as normas de género, a pobreza, o estigma social e a prestação de cuidados a uma criança com deficiência. O cuidado tem demonstrado prejudicar a qualidade de vida das mães cuidadoras informais. Estas sofrem muitas vezes de *stress* e depressão e os níveis de *stress* e depressão sofridos são inversamente proporcionais à sua autoeficácia e nível de apoio social (Vadivelan et al., 2020).

Os cuidados prolongados a crianças com paralisia cerebral e a atividade social restrita para a mãe cuidadora predizem mais condições psicológicas negativas, tais como ansiedade, depressão e angústia, tendo estas cuidadoras informais uma maior prevalência de perturbações de saúde mental do que a população em geral (Liu et al., 2023).

São sentimentos descritos por cuidadores informais de crianças com paralisia cerebral:

- Sentido de responsabilidade geral acrescido
- Solidão
- Exaustão por cuidar
- Sensação de aprisionamento na sua própria vida
- Incerteza quanto ao futuro (Ni et al., 2022).

Tendo em conta a cronicidade da paralisia cerebral e o facto de os cuidadores prestarem cuidados a longo prazo, são necessárias intervenções para diminuir a sobrecarga de cuidados e os sintomas psicológicos negativos destas pessoas, de forma a melhorar a qualidade de vida (Farajzadeh et al., 2020).

Assim sendo, considera-se fundamental a promoção da saúde mental desta população. A promoção da saúde mental é um conceito amplo que abrange toda a população e defende uma abordagem baseada nos pontos fortes e tenta abordar os determinantes mais amplos da saúde mental. O objetivo é eliminar as desigualdades na saúde através da capacitação, colaboração e participação. Há evidências crescentes de que as intervenções de promoção da saúde mental reduzem o risco de desenvolver perturbações mentais e trazem benefícios socioeconómicos. Além disso, aumentam a capacidade do indivíduo para o bem-estar psicossocial e a adaptação às adversidades (Singh et al., 2022).

Desta forma, justifica-se necessidade de intervenção junto desta população, sendo o EESMP um profissional altamente capacitado para ajudar na transição para o papel de cuidador pelas suas

competências específicas, nomeadamente na assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida na otimização da sua saúde mental.

A finalidade do projeto consistiu em proporcionar às referidas cuidadoras a aquisição de conhecimentos e estratégias que lhe permitam gerir eficazmente questões de saúde mental durante a gestão das suas atividades diárias relacionadas com o ato de cuidar, diminuir a sobrecarga psicológica e emocional, por si percebidas, e melhorar o seu bem-estar psicológico e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Integraram este projeto de promoção de saúde mental oito mulheres com idades compreendidas entre os 38 e 59 anos, cuidadoras de filhos com paralisia cerebral. As participantes foram escolhidas tendo em conta este critério de situação de vida idêntica, com vista a atingir maior homogeneidade do grupo e recorreu-se ainda à aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Zarit & Zarit, 1983, com tradução e validação para português Sequeira, 2010), pretendendo-se dar prioridade às cuidadoras com maior grau de sobrecarga. Esta avaliação tinha já sido efetuada anteriormente pelo enfermeiro tutor. Teve-se ainda em conta a disponibilidade e aceitação das mesmas para integrar o projeto.

Foram definidos como principais objetivos:

- Propiciar a partilha de vivências das cuidadoras;
- Identificar as fontes de *stress* inerentes à atividade de cuidador;
- Promover a satisfação com a própria vida;
- Promover a autoestima;
- Promover a interação grupal;
- Promover a expressão de sentimentos;
- Promover o autocontrolo na gestão de sentimentos;
- Promover o autocontrolo na gestão de cuidados.

Planeamento e realização das intervenções

Foram planeadas, em conjunto com o enfermeiro tutor quatro sessões de uma hora de duração, com periodicidade semanal, abordando as seguintes temáticas: “O que é cuidar?”; “Gestão de *stress* e autocontrolo”; “Autoestima”; “Realização Pessoal”.

Este planeamento foi suportado e adaptado de um programa validado de promoção de saúde mental positiva, o Mentis Plus+ (Teixeira et al., 2020) e teve ainda por base a pesquisa bibliográfica feita previamente sobre o tema.

O Mentis Plus+ é um programa de promoção de saúde mental positiva, desenvolvido em 2020, por Teixeira, Sequeira e Lluç, cujo objetivo principal passa por promover a saúde mental

positiva em adultos em variados contextos e pode ser aplicado por profissionais de saúde com formação em saúde mental positiva, sobretudo os EESMP. Este programa tem por base o Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva de Llund (1999) que é constituído por seis dimensões / fatores, a saber:

“F1: Satisfação Pessoal, que se refere à satisfação consigo mesmo (autoconceito / autoestima), com a vida pessoal e com as perspetivas futuras.

F2: Atitude Pró-Social, que inclui a sensibilidade da pessoa ao seu ambiente social, a atitude e o desejo de ajudar a apoiar os outros e a aceitação dos outros e fatos sociais diferenciais.

F3: Autocontrolo, que contempla a capacidade da pessoa de lidar com situações de *stress* e conflito, equilíbrio emocional e tolerância à frustração, ansiedade e *stress*.

F4: Autonomia, que inclui a capacidade da pessoa de tomar as suas próprias decisões, aplicando os seus próprios critérios, autorregulando o seu próprio comportamento e mantendo um bom nível de segurança pessoal.

F5: Resolução de problemas e auto atualização, que se refere à capacidade de a pessoa tomar as suas próprias decisões, aplicando os seus próprios critérios, autorregulando o seu próprio comportamento e mantendo um bom nível de segurança pessoal.

F6: Habilidades de Relação Interpessoal, que inclui a capacidade da pessoa em comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o seu ambiente e a capacidade de comunicar sentimentos e dar e receber afeto” (Teixeira et al., 2020, p.18).

Estes seis fatores são passíveis de serem trabalhados por módulos com o referido programa e encontram-se ilustrados no seguinte diagrama:



Figura 3 Fatores que configuram o programa de Saúde Mental Positiva (Teixeira et al., 2020).

Assim sendo, é possível, através deste programa, obter suporte para melhorar o bem-estar mental, reduzir o *stress* e promover estratégias de autocontrolo eficazes e justifica-se, assim, a sua utilização como fonte para o projeto desenvolvido em contexto de estágio.

São descritos no quadro seguinte os conteúdos de cada sessão, de uma forma resumida e, após este, de uma forma mais detalhada.

Quadro 1: Conteúdos das sessões do projeto

Sessão	Conteúdos
1	• Apresentação; • Ato de cuidar / Papel do cuidador informal; • Experiências pessoais das cuidadoras informais neste âmbito.
2	• Gestão de <i>stress</i> e autocontrolo; • Experiências pessoais das cuidadoras informais neste âmbito; • Técnica de respiração abdominal; • Técnica de relaxamento muscular progressivo.
3	• Autoconceito/autoestima e sua importância para uma saúde mental positiva; • Dinâmica de promoção de autoestima.
4	• Realização pessoal e fatores que contribuem para a alcançar; • Dinâmica de promoção de realização pessoal; • Técnica de imaginação guiada; • Avaliação das sessões.

Na primeira sessão intitulada “O que é cuidar”, realizou-se a apresentação dos participantes; exposição de conteúdos sobre o ato de cuidar e o papel do cuidador informal e partilha de experiências vivenciadas pelas cuidadoras neste âmbito.

Tratando-se o grupo em causa de um grupo fechado, por ter sempre os mesmos elementos durante um número fixo de sessões, fica facilitado o conhecimento entre os seus elementos e consequente construção de confiança para um maior nível de profundidade de partilhas. Isto só é possível começando por realizar uma apresentação individual de todos os elementos do grupo (Sampaio et al., 2023). A partilha de experiências é importante, tendo em conta que um dos pressupostos para a intervenção em grupo é que pessoas com necessidades semelhantes podem constituir-se como suporte umas das outras e ajudar-se na resolução de problemas (Sampaio et al., 2023)

Na segunda sessão “Gestão de *stress* e autocontrolo”, realizou-se uma apresentação oral sobre *stress* e autocontrolo, foram partilhadas experiências em relação ao tema, foi dada instrução e realizado treino de técnica de respiração abdominal e de técnica de relaxamento muscular progressivo.

As intervenções de relaxamento têm como objetivo fazer com que o indivíduo se sinta mais confortável, tanto a nível psicológico como fisiológico. Com uma respiração equilibrada, a tensão muscular diminui, a produção de energia aumenta e o fluxo sanguíneo melhora. Quanto mais aprimorada for a prática respiratória, maior será a eficácia do relaxamento (Metel & Güler, 2023).

Na terceira sessão “Autoestima”, começou-se por fazer uma abordagem teórica ao tema autoconceito/autoestima, reforçando a sua importância para uma saúde mental positiva. Seguidamente, foi executada uma dinâmica de promoção de autoestima. Cada participante foi convidada a partilhar com o grupo aqueles que considera serem os seus grandes êxitos e as suas conquistas na vida. Por fim, foi solicitada uma tarefa a realizarem em casa, de registo diário, até à sessão seguinte, sobre as coisas positivas que cada uma fez durante o dia. Este planeamento incluiu dinâmicas do, já referido, programa Mentis Plus+ (Teixeira et al., 2020).

A quarta sessão “Realização pessoal” teve início com a discussão da tarefa de casa solicitada na sessão anterior, fazendo a partilha de coisas positivas que cada uma das participantes registou ter feito em cada um dos dias da última semana e refletindo sobre como este exercício as fez sentir (Teixeira et al., 2020). Após esta discussão, realizou-se uma exposição oral sobre o conceito de realização pessoal e fatores que contribuem para a alcançar. Seguidamente, cada uma das participantes foi convidada a escrever o que considerava que poderia mudar para melhorar a sua vida e quais os seus objetivos para o futuro. Posteriormente, realizou-se a partilha das respostas e discussão do tema em grupo. A última dinâmica da sessão passou pela execução de uma técnica de imaginação guiada. O relaxamento por imaginação guiada é uma técnica terapêutica que envolve guiar uma pessoa através de uma série de visualizações mentais para atingir um estado de relaxamento profundo e promover mudanças positivas na mente e no corpo. Neste sentido, pode ter um impacto benéfico no seu estado emocional e físico, uma vez que a vivência da experiência é tão intensa que permite ao cérebro responder como se de uma experiência real se tratasse, o que produz efeitos psicossomáticos positivos (Coelho & Sousa, 2020).

A avaliação do projeto foi realizada através de questionário com uma questão fechada e outra semi-aberta: “Considerou estas sessões importantes para si?” e “Se sim, em que medida?”. Em resposta à primeira questão, todas as utentes disseram “Sim”. Relativamente à segunda questão, obtiveram-se as seguintes respostas: “Aprendi coisas novas”, “Foi bom partilhar experiências com pessoas que vivem uma situação como a minha”, “Sinto-me melhor e mais confiante”, “Gostei de ter um tempo dedicado a mim” e “Agora dou mais valor à minha saúde mental”, “Para aprender e partilhar experiências”, “Foi bom sair da rotina” e “Por vezes

esquecia-me de como é importante cuidar também de mim e foi importante relembrar isso”, tendo assim sido possível aferir ganhos em saúde para a população-alvo.

Todas as participantes se mostraram interessadas e motivadas ao longo das sessões e a homogeneidade do grupo formado revelou-se muito positiva, como era esperado, facilitando a partilha de experiências construtivas e até a criação de relações que permitiram a criação de uma rede de suporte para o futuro entre as participantes.

2.2.2 Consulta de cessação tabágica

O tabagismo é a principal causa de morte e doenças evitáveis em todo o mundo. A maioria dos adultos que fumam deseja parar de fumar, mas parar de fumar é um desafio e, apesar de existirem métodos eficazes de cessação baseados em evidências, as taxas de abandono permanecem baixas. Parar de fumar pode levar a ganhos substanciais de saúde, mesmo que seja na fase mais avançada da vida. Porém, quanto mais cedo alguém deixa de fumar, mais reduz o risco de desenvolver doenças relacionadas com o tabagismo (Notley et al., 2019).

Em 2017, o tabaco contribuiu para 19,6% dos óbitos por cancro, 28,1% dos óbitos por doença respiratória crónica, 8,7% dos óbitos por doenças cérebro-cardiovasculares e 9,8% dos óbitos por diabetes *mellitus* tipo 2. Em Portugal, 1,8 milhões de residentes com 15 ou mais anos, eram fumadores (20%). Destes 1,5 milhões fumavam diariamente (16,8%) (Nunes, 2019).

Em média, um fumador ao longo da vida tem um risco 20 vezes maior de desenvolver cancro do pulmão, em comparação com um não fumador. A cessação do tabagismo reduz significativamente o risco de desenvolvimento de doenças malignas relacionadas com o tabaco, mas os benefícios da abstinência do tabagismo, após um diagnóstico de cancro, são subvalorizados (Jassem, 2019).

De acordo com dados de 2017, estima-se que o tabaco e a exposição ao fumo ambiental contribuem, em Portugal, para a morte de 5790 pessoas por cancro, representando 19,6% de total de óbitos por esta causa (Nunes, 2019).

Por outro lado, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. O tabagismo determina 10% de todas as doenças cardiovasculares, causando aproximadamente 6 milhões de mortes por ano, em todo o mundo. O tabagismo aumenta a incidência de enfarte do miocárdio e de doenças arteriais coronárias fatais. Mesmo o tabagismo passivo é responsável por um risco aumentado de 30% deste tipo de doenças (Gallucci et al., 2020).

Em Portugal, em 2017 o tabaco contribuiu para a morte de 3225 pessoas por doenças cérebro-cardiovasculares, o que representou 8,7% do total de óbitos por esta causa registados naquele ano (Nunes, 2019).

Geralmente, a forma padrão de parar de fumar é parar abruptamente, sendo esta a principal abordagem recomendada pelas orientações clínicas. Isto significa que a pessoa fuma normalmente até parar de fumar num dia definido (o chamado “dia D”) e, a partir desse momento, tenta abster-se e evitar qualquer tipo de fumo. Contudo, um método alternativo é parar gradualmente, reduzindo a quantidade de tabaco fumado antes de parar completamente. Esses métodos de redução gradual, quando utilizados como meio de alcançar a cessação, normalmente têm também um dia de abandono, tal como na cessação abrupta. A principal diferença é que os fumadores pretendem reduzir o tabagismo antes deste dia. Existem muitas maneiras possíveis de os fumadores conseguirem essa redução, por exemplo:

- Definir um período específico durante o qual vão reduzindo antes de parar completamente;
- Estabelecer metas para reduzir um certo número de cigarros por dia;
- Reduzir os períodos do dia em que ocorre o hábito de fumar (em vez de reduzir o número de cigarros);
- Fumar em horários planeados, em que o tempo entre os cigarros aumenta gradualmente;
- Utilizar terapia de reposição de nicotina ou cigarro eletrónico para desencorajar o tabagismo ou substituir cigarros não fumados;
- Iniciar com a intenção de reduzir o tabagismo antes de parar (Lindson et al., 2019).

A consulta de cessação tabágica é um projeto já em curso na UCC há cerca de sete anos. Inicialmente, era realizada em colaboração entre um médico e um EESMP mas, atualmente, está a decorrer exclusivamente com a intervenção de um EESMP. Esta consulta constitui uma intervenção de apoio intensivo, na medida em que é feita uma abordagem ao longo de várias sessões, efetuadas em consulta exclusivamente programada para o efeito.

Os utentes são habitualmente referenciados internamente (SCLínico) pelo médico ou enfermeiro de família. No entanto, há também a possibilidade de qualquer utente, que saiba da existência da consulta de cessação tabágica e deseje começar a ser acompanhado, se dirigir ao centro de saúde para solicitar marcação de uma primeira consulta. Portanto, o objetivo principal desta consulta é que o utente cesse o consumo de tabaco.

O programa de cessação tabágica é baseado no modelo de mudança comportamental. No estudo do processo de mudança comportamental relativamente à cessação tabágica, tem sido adotado o modelo transteórico, proposto por Prochaska e DiClemente (1982), que permite sistematizar as

intervenções tendo em conta o estágio de mudança. O modelo contempla cinco estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, aos quais poderá surgir recaída ou abstinência definitiva.

Por norma, os utentes chegam à consulta em fase de preparação, ou seja, reconhecem o seu comportamento como nocivo e pretendem modificá-lo num curto espaço de tempo. Ainda assim, sendo a motivação dinâmica e flutuante no tempo (Barroso, 2020), muitas vezes os utentes voltam à ambivalência. Sendo assim, executar entrevista motivacional (intervenção psicoterapêutica) é fundamental e o EESMP é um profissional qualificado para a realizar, pela sua competência específica no que toca à prestação de cuidados psicoterapêuticos à pessoa ao longo do ciclo de vida.

Durante a entrevista motivacional, é importante: expressar empatia - demonstrar capacidade de se afastar das preocupações pessoais e ter flexibilidade para se colocar no lugar do utente; desenvolver discrepâncias - ajudar o utente a resolver ambivalências; evitar argumentação - o utente é a fonte primária das soluções e das respostas, sendo autónomo e capaz e; reforçar a autoeficácia - explorar episódios da vida do utente nos quais tenha sido bem-sucedido num processo de mudança por forma a aumentar a sua crença na própria capacidade de mudança (Barroso, 2020).

Alguns métodos da entrevista motivacional passam por formular questões abertas, executar escuta ativa, expressar apreço e suporte pelo esforço e determinação evidenciados pela pessoa, fazer síntese, reforçando e enfatizando alguns elementos da entrevista, com o objetivo de devolver o que foi comunicado, ajudar a estruturar a entrevista e permitir a ligação entre os diversos tópicos e ainda dar voz aos argumentos de mudança do utente (Barroso, 2020).

Também extremamente importante no âmbito da consulta de cessação tabágica é executar técnica de modificação do comportamento. Esta é uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem que visa a promoção de mudança comportamental e está indicada perante o diagnóstico de enfermagem “Abuso de tabaco” (Sampaio et al., 2023). Devem, de forma adequada a cada utente, ser realizadas algumas ações como, por exemplo, ajudar o utente a compreender de que forma o seu pensamento afeta o seu comportamento, ajudar a hierarquizar e consciencializar para os estímulos que mais afetam o seu comportamento, promover a aquisição progressiva de habilidades para cada fase da mudança, encorajar a substituição de hábitos não desejáveis por desejáveis determinar as ações que permitirão a obtenção do comportamento desejável, identificar que fatores podem contribuir para a eficácia da estratégia de mudança, etc. (Sampaio et al., 2023).

Todas as consultas de cessação tabágica marcadas durante o período de estágio foram realizadas, inicialmente em colaboração com o enfermeiro tutor e, posteriormente, com a supervisão deste. Definiram-se como critérios de inclusão para a intervenção em contexto de consulta de cessação tabágica: diagnóstico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (ESMP) “abuso de tabaco” e motivação para cessar a dependência. Definiram-se como critérios

de exclusão: idade inferior a 18 anos; estado de descompensação / agudização de doença mental; debilidade intelectual ou défice cognitivo grave do utente.

Todos os utentes da consulta encontravam-se a passar por um processo de transição de fumadores a não fumadores e a intervenção procurou facilitar este processo através do uso de intervenções baseadas em evidência.

Para deixar de fumar é fundamental um adequado autocontrolo dos impulsos. A maioria dos utentes da consulta contava já com um histórico de tentativas de cessação tabágica malsucedidas. Considera-se, portanto, que a intervenção do EESMP nesta consulta se dirige, também ao autocontrolo comprometido.

O principal domínio trabalhado foi o comportamento aditivo e os principais diagnósticos de ESMP foram: abuso de tabaco; potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco; potencial para melhorar o significado atribuído ao abuso do tabaco;

As principais intervenções realizadas foram: executar a técnica de entrevista motivacional, executar a técnica de modificação do comportamento; executar a técnica de imaginação guiada; ensinar sobre estratégias de redução do comportamento aditivo; ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco; assistir na análise do significado dificultador; avaliar a evolução do abuso do tabaco. O estudo de caso realizado neste contexto clínico foi realizado no âmbito desta consulta.

3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PESSOAS EM FASE DE DESCOMPENSAÇÃO AGUDA

3.1 Caracterização do contexto clínico

O Centro Hospitalar a que pertence o serviço de internamento no qual decorrerá o estágio está integrado na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e tem uma área de influência direta que abrange cerca de 300 mil habitantes. Este Centro Hospitalar tem como missão prestar cuidados de saúde direcionados às necessidades da população, proporcionando-lhe longevidade com qualidade de vida através de uma resposta atempada, rigorosa e eficiente, intensificando o conceito de humanização que contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo simultaneamente a valorização pessoal e profissional dos seus recursos humanos. Rege-se pelos valores da solidariedade, união, transparência, respeito, competência, responsabilidade, integridade, ambição e entusiasmo e pelos princípios do respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, da ação assistencial e cultura de gestão centradas em elevados padrões éticos, da promoção da saúde na sociedade, da responsabilidade ambiental e da multidisciplinariedade e trabalho de equipa.

De forma a assegurar o funcionamento do serviço de internamento em causa, existe um conjunto de recursos humanos que engloba vários setores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em saúde mental e psiquiátrica, psiquiatras, assistentes operacionais, psicólogos e assistente social.

Fazem ainda parte do Centro de Gestão de Psiquiatria e Saúde Mental do centro hospitalar, para além do internamento de agudos, consultas externas de psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia e duas equipas comunitárias de saúde mental, uma para a população adulta e outra para a população infantojuvenil.

3.2. Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda

O módulo II do estágio neste contexto decorreu entre 23 de outubro e 22 de novembro de 2023, com uma carga horária de 125h.

Foram realizadas várias atividades entre as quais: avaliação inicial de novos utentes; diagnóstico, planeamento e implementação de planos de cuidados; gestão do regime terapêutico; gestão dos cuidados de enfermagem e registo dos cuidados prestados no sistema de informação SClinico; entrevistas clínicas; elaboração e discussão de um estudo de caso; execução de intervenções de enfermagem a utentes submetidos a eletroconvulsivoterapia; planeamento e execução de sessão de psicoeducação em grupo abordando as seguintes temáticas - conceito de saúde e doença mental, mitos e realidades no âmbito da doença mental, sinais de alerta de descompensação de doença mental e comportamentos para promover saúde mental e evitar descompensação de doença mental; e ainda a execução de intervenções psicoterapêuticas como reestruturação cognitiva ou relaxamento. Neste relatório, é dado maior destaque à intervenção com a utente, com a qual foi realizado o estudo de caso, uma vez que a intervenção se enquadra no tema do presente relatório, sendo simultaneamente um caso clínico que promoveu o desenvolvimento alargado de competências.

Neste contexto, pretendeu-se trabalhar o “Autocontrolo da Ansiedade” em utentes com diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”. Assim sendo, primeiramente procurou-se identificar os utentes internados com diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”, procurando os dados: “verbalização de ansiedade”, “manifestação de sinais e sintomas de ansiedade” e “repercussões na funcionalidade da pessoa associadas à ansiedade” (Sampaio et al., 2020).

Avaliou-se o autocontrolo da ansiedade aferindo os dados: “a pessoa tem consciência do problema” (ansiedade), “a pessoa demonstra intenção em controlar a ansiedade”, “a pessoa verbaliza incapacidade para controlar a ansiedade” e “a pessoa já tentou utilizar algumas estratégias para controlar a ansiedade, mas sem resultados”. Recorreu-se ainda ao resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018; Sampaio et al., 2020).

Definiram-se como critérios de inclusão para a intervenção: diagnósticos de enfermagem “Ansiedade”; *Insight* e participação voluntária. Foram definidos como critérios de exclusão para a intervenção: comprometimento cognitivo (de acordo com a aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975, com tradução e validação para português Guerreiro et al. 1994) e atividade delirante / alucinatória exacerbada. Após este processo, foi possível identificar uma utente para intervir individualmente e sobre a qual foi elaborado o estudo de caso.

Na entrevista clínica de avaliação inicial de enfermagem da referida utente foram identificados os diagnósticos de enfermagem:

- Humor depressivo;
- Ansiedade.

Recorreu-se, complementarmente, à entrevista clínica, à aplicação da escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983, com tradução e validação para português Pais-Ribeiro et al., 2007). A HADS é constituída por 14 itens, sendo sete destes orientados para

a avaliação da ansiedade (HADS-A) e os restantes sete para a depressão (HADS-D). A escala de medida é de 4 pontos, 0-1-2-3, podendo atingir 21 pontos cada subescala. É recomendado pelos autores como ponto de corte para ambas as subescalas 8. Segue-se o significado atribuído às pontuações nas subescalas: HADS-A - “sem ansiedade” pontuação de 0 a 8, “com ansiedade” pontuação ≥ 9 . HADS-D as pontuações de 0 a 7 significam “sem depressão” e as pontuações de 8 a 21 significam “com depressão”.

A utente obteve um score de 13 na subescala de ansiedade (HADS-A), indicando “com ansiedade” e um score de 18 na subescala de depressão (HADS-D), indicando “com depressão”.

Foram ainda identificados os diagnósticos:

- Potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade;

Relativamente a este foi possível ajudar a cliente a identificar que os principais fatores concorrentes com a sua ansiedade seriam o facto de estar internada e querer voltar para casa para poder estar com a filha. Além disso, temia que o prolongamento do internamento pudesse levar a alguma alteração da guarda partilhada que tinha da filha no momento ou, até nos sentimentos da filha em relação a ela. Por outro lado, temia ainda não poder voltar para o seu trabalho. A utente foi capaz de entender que o seu internamento era necessário e não seria este a ter influência na sua relação com a filha ou na possibilidade de voltar ao seu trabalho onde se apurou, inclusivamente, ter um contrato sem termo.

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;

Relativamente ao qual foram ensinadas estratégias de autocontrolo da ansiedade, como a aceitação de que não é possível controlar tudo, a importância do envolvimento em atividades lúdicas durante o internamento, sendo que a utente aceitou pintar e tricotar. Foram ainda ensinadas estratégias de relaxamento como a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo.

- Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade;

Relativamente ao qual foi feito treino de respiração abdominal e treino de relaxamento muscular progressivo.

Com o objetivo de diminuir a ansiedade e promover o autocontrolo da ansiedade, executaram-se as técnicas de relaxamento já referidas e assistiu-se a utente no treino do autocontrolo da ansiedade como já referido. Com o objetivo de promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor, planeou-se e executou-se escuta ativa e reestruturação cognitiva conforme o planeamento que pode ser encontrado em anexo (Apêndice 1 - Sessões de Reestruturação Cognitiva).

Após intervenção, a utente não apresentava dados que permitissem aferir ansiedade presente, tendo sido dado termo ao diagnóstico. A utente manteve humor depressivo, com algumas melhorias nomeadamente a nível da diminuição de cognições negativas e da anedonia.

Foi aplicada novamente a HADS, na qual a utente obteve um score de 6 na subescala de ansiedade (HADS-A), indicando "sem ansiedade" e um score de 14 na subescala de depressão (HADS-D), indicando "com depressão", mas havendo uma diminuição no score em relação à avaliação inicial. Especificamente em relação ao autocontrolo da ansiedade, a utente foi capaz de identificar que existiram melhorias no estado de ansiedade, com significativa redução de episódios de ansiedade, verbalizando ainda conseguir controlar a reação a estes. Foi assim possível apurar ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada do ESMP.

4. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE ÁREAS DIFERENCIADAS

4.1 Caracterização do contexto clínico

A Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) Norte integra as seguintes Unidades de Intervenção Local: Centros de Respostas Integradas (CRI); Unidade de Desabilitação; Comunidade Terapêutica e Unidade de Alcoologia.

Os CRIs são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispendo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo.

A Equipa de Tratamento (ET) na qual decorreu o estágio presta cuidados de saúde gratuitos a utentes com comportamentos aditivos e dependência de substâncias lícitas ou ilícitas, em regime ambulatorio e conta com uma equipa multiprofissional constituída por: enfermeiros generalistas e especialistas em saúde mental e psiquiátrica e saúde comunitária, médicos especialistas em medicina geral e familiar e em psiquiatria, psicólogos clínicos, assistentes sociais, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

A sua intervenção baseia-se nas linhas orientadoras que têm por princípio os requisitos regulamentares provenientes do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) e da DICAD Norte. A ET é um serviço que oferece tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos, em ambulatorio, a indivíduos com diversas condições de saúde e histórias de vida únicas. Assim sendo, destaca-se a necessidade de cada utente receber um plano de cuidados personalizado e detalhado. Isso envolve a colheita de informações, uma avaliação inicial, avaliações subsequentes e atualizações contínuas do plano de cuidados. Com base em critérios pré-estabelecidos, os utentes serão referenciados para Comunidade Terapêutica (CT), onde poderão prosseguir com seu processo de recuperação.

4.2 Atividades desenvolvidas no contexto de áreas diferenciadas

O módulo II do estágio neste contexto decorreu entre 27 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024, com uma carga horária de 90h.

Foram desenvolvidas várias atividades no âmbito do tratamento de comportamentos aditivos. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, tendo em conta a especificidade do serviço, eram “abuso de drogas”, seguido de “abuso de álcool”. Destaca-se ainda o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”. Foi possível, por exemplo, realizar consultas de acolhimento de novos utentes na unidade, com realização de entrevistas clínicas e aplicação de instrumentos de avaliação como os questionários Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e a escala SOCRATES 8D; identificar necessidades dos utentes no âmbito do abuso/dependência de substâncias psicoativas em consultas de enfermagem de acompanhamento; efetuar testes rápidos com o intuito de detetar a presença de metabólicos de drogas no organismo; preparar e administrar cloridrato de metadona a utentes inscritos no programa de substituição de opiáceos; e realizar rastreios através de testes rápidos de deteção do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus da hepatite C. Foi também possível efetuar aconselhamento no âmbito da promoção da saúde e prevenção e redução de riscos; e integrar reuniões gerais com a equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos. Houve ainda a oportunidade de visitar a Unidade de Desabilitação do Norte, a Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra, o Programa Integrado Apoio à Comunidade e as outras Equipas de Tratamento pertencentes ao CRI no qual se desenvolveu o estágio neste contexto.

Do planeamento à execução das intervenções:

Neste contexto, pretendeu-se trabalhar o “Autocontrolo da Ansiedade” em utentes com diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” e o “Autocontrolo de Impulsos” em contexto de programa de substituição opiácea.

A Dependência é descrita na Classificação Internacional de Doenças (CID 11) como o uso repetido de substâncias que produzem efeitos prazerosos e que levam ao uso repetido da mesma. Essas substâncias podem ser drogas ilícitas, álcool, fármacos ou ainda, em vez de substâncias, comportamentos, tais como o jogo (a dinheiro ou virtual).

De acordo com o DSM 5 (APA, 2014, p. 541), a Perturbação por Uso de Opioides define-se pelos seguintes critérios de diagnóstico:

“Um padrão problemático de uso de opioides, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Os opioides são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de opioides.

3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de opioides, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides.
5. Uso recorrente de opioides resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de opioides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de opioides.
8. Uso recorrente de opioides em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de opioides é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opioides.
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspetos: a. Síndrome de abstinência característica de opioides. b. Opioides (ou uma substância estreitamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.”

A World Health Organization (WHO) menciona que o tratamento da dependência de opioide inclui um conjunto de intervenções farmacológicas e psicossociais. Para além da redução no consumo de drogas, estas intervenções devem ajudar o indivíduo a melhorar a sua autoconfiança e autoestima (WHO, 2009).

Na maioria dos casos, o tratamento será a longo prazo ou mesmo para toda a vida. O prolongamento na duração do tratamento não deverá ser encarado como uma falha, mas sim como uma forma custo-efetiva de prolongar e melhorar a qualidade de vida do indivíduo, apoiando-o no processo natural de mudança e recuperação (WHO, 2009). Relativamente às intervenções farmacológicas, em Portugal, os fármacos aprovados são a metadona e a buprenorfina (Mărginean, 2018).

A ansiedade elevada está associada a um forte desejo de buscar alívio, muitas vezes através da fuga ou da evitação. Os opioides proporcionam um alívio potente e rápido da ansiedade e, portanto, são altamente reforçadores, perpetuando o uso contínuo para obter alívio ao longo do tempo. Este ciclo é ainda exacerbado pela sensibilização das respostas ao *stress* com o uso

crónico de opioides, aumentando ainda mais o estado motivacional para a busca de alívio. Consequentemente, a ansiedade pode ser um alvo de tratamento promissor para pessoas com dependência (Mchugh et al., 2021).

Desta forma, procurou-se identificar os utentes do programa de substituição opiácea com diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”. Para tal recorreu-se à entrevista clínica procurando os dados principais “verbalização de ansiedade”, “manifestação de sinais e sintomas de ansiedade” e “repercussões na funcionalidade da pessoa associadas à ansiedade”; aplicou-se a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Pais Ribeiro et al., 2007) e o resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018; Sampaio et al., 2018).

Avaliou-se o autocontrolo da ansiedade aferindo os dados principais “a pessoa tem consciência do problema (ansiedade)”, “a pessoa demonstra intenção em controlar a ansiedade”, “a pessoa verbaliza incapacidade para controlar a ansiedade” e “a pessoa já tentou utilizar algumas estratégias para controlar a ansiedade, mas sem resultados. Recorreu-se ainda ao resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Sampaio et al., 2018).

Definiram-se como critérios de inclusão para a intervenção: diagnóstico de enfermagem Ansiedade; Insight e participação voluntária.

Foram definidos como critérios de exclusão para a intervenção: comprometimento cognitivo (de acordo com a aplicação da versão portuguesa do Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975, com tradução e validação para português Guerreiro et al. 1994) e atividade delirante / alucinatória exacerbada.

Neste contexto, sentiu-se maior dificuldade em realizar este processo, uma vez que os utentes do programa de substituição opiácea se mostravam mais indisponíveis que os utentes do serviço de internamento para tal, alegando muitas vezes falta de tempo. Foi possível identificar um utente para intervir individuante e sobre a qual foi elaborado o estudo de caso.

Relativamente ao utente do estudo de caso, na entrevista clínica de avaliação inicial de enfermagem foram identificados os diagnósticos de enfermagem:

- Abuso de drogas;
- Autocontrolo comprometido;
- Ansiedade.

Recorreu-se, complementarmente, à entrevista clínica, à aplicação da escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983, com tradução e validação para português Pais-Ribeiro et al., 2007).

O utente obteve um score de 10 na subescala de ansiedade (HADS-A), indicando “com ansiedade” e um score de 5 na subescala de depressão (HADS-D), indicando “sem depressão”.

Foram ainda identificados os diagnósticos:

- Potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade;

Relativamente a este, foi possível assistir o utente a identificar que os principais fatores relacionados com a sua ansiedade seriam ter de lidar com a situação da sua mãe que se encontra em casa a necessitar de bastante ajuda, desde que teve um acidente há cerca de três meses, e o desejo de encontrar uma companheira, sendo que as relações anteriores não correram bem, tendo sido prejudiciais para ele.

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;

Relativamente ao qual foram ensinadas estratégias de autocontrolo da ansiedade, como a aceitação de que não é possível controlar tudo, o envolvimento em atividades lúdicas como ir a bailes que se realizam aos domingos na sua aldeia e o pedir ajuda para divisão de tarefas em casa ao seu pai. Foram ainda ensinadas estratégias de relaxamento como a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo.

- Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade;

Relativamente ao qual foi feito treino de respiração abdominal e treino de relaxamento muscular progressivo.

Visando reduzir a ansiedade e fomentar o autocontrolo sobre ela, implementaram-se as técnicas de relaxamento mencionadas anteriormente e assistiu-se o utente no treino do autocontrolo da ansiedade.

Relativamente ao potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias do autocontrolo do abuso de drogas, o utente foi capaz de entender que o seu principal problema se tem prendido com a influência de pessoas próximas, sendo importante escolher bem os ambientes frequentados e as relações mantidas, em especial relações amorosas, uma vez que as suas fases de recaída aconteceram em contexto de relacionamento com pessoas com consumos de drogas. Entendeu, ainda, ser importante manter uma ocupação, reconhecendo os trabalhos na agricultura como uma forma de se poder sentir útil e realizado e mostrou até intenção de comprar um terreno para si para fazer uma plantação de castanheiros. Apontou-se ainda para as idas aos bailes como uma distração positiva e forma de conhecer novas pessoas. Foi realçada a importância de estar afastado de pessoas com hábitos de consumo / ambientes onde se consome que possam despoletar maior vontade de consumir por parte do utente.

Após intervenção, no último contacto com o utente, este não apresentava dados que permitissem aferir ansiedade presente, tendo sido dado termo ao diagnóstico. Obteve um score de 6 na subescala de ansiedade (HADS-A), havendo uma diminuição no score em relação à

avaliação inicial e passando a indicar "sem ansiedade". As perguntas relativas à subescala de depressão (HADS-D) não foram aplicadas por não se considerar pertinente uma vez que o utente não apresentou nem na avaliação inicial nem ao longo do acompanhamento sintomas depressivos. O utente manteve-se abstinente, referindo conseguir ter um maior controlo sobre gatilhos para o consumo por ter conseguido identifica-los. Foi possível apurar ganhos em saúde com a intervenção especializada de EESMP.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Com a elaboração do presente relatório, pretende-se demonstrar o desenvolvimento das competências adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No decorrer dos estágios profissionais, foram adquiridas competências, tanto comuns como específicas no âmbito da ESMP.

De seguida, serão descritas a aquisição de competências comuns e depois, a de competências específicas, sendo que estas últimas são apresentadas tendo por base as especificidades de cada campo de estágio.

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista encontra-se definido no Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República.

Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios, a saber, (1) o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; (2) o domínio da melhoria continua da qualidade; (3) o domínio da gestão dos cuidados e (4) o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Apresentam-se, em seguida, as atividades realizadas durante o estágio de natureza profissional que permitiram o seu desenvolvimento.

Quadro 2: Atividades que permitiram o desenvolvimento da primeira competência comum

1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal
1.1 Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a da deontologia profissional.
1.2 Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
No que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é possível afirmar que estas foram desenvolvidas uma vez que, durante os estágios, todos os cuidados foram prestados de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional e os direitos humanos, tendo em conta o disposto no Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Foram assegurados o sigilo profissional e a segurança da informação, relativamente a todas as atividades desenvolvidas, inclusivamente na elaboração dos estudos de caso, com a codificação de qualquer dado identificativo. Foi sempre assegurada a privacidade dos utentes. A privacidade pode ter três significados diferentes: física, de informação e familiar. Independentemente disso, conceitos como respeito, confiança, confidencialidade, veracidade, dignidade, humanidade, direitos e autonomia foram valorizados e associados à privacidade (Nunes, 2011). Foi ainda respeitado o direito à informação, à autonomia e à dignidade do utente. Foram estabelecidos contratos terapêuticos com os utentes. Todas as intervenções foram sempre explicadas aos utentes antes da sua realização e foi obtido o consentimento informado. O contrato terapêutico é um acordo estabelecido entre o enfermeiro e o utente relativamente ao tipo de intervenção ou relação que estes pretendem concretizar, sendo considerado um ponto de partida mútuo para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Normalmente o contrato terapêutico estabelece-se no início da intervenção, mas não tem de ser obrigatoriamente escrito e pode ser ajustado ao longo das sessões (Sampaio et al., 2023). O consentimento informado é um procedimento de diálogo entre o utente e o profissional de saúde, que permite ao utente exprimir a sua decisão sobre o seu corpo, a sua vida e a sua saúde. Este baseia-se no respeito pela autonomia do utente. (Rodríguez et al., 2017).

Quadro 3: Atividades que permitiram o desenvolvimento da segunda competência comum

2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
2.1 Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
2.2 Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
2.3 Garante um ambiente terapêutico e seguro.
No que toca às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, a prática clínica desenvolveu-se garantindo um ambiente terapêutico e seguro. A qualidade diz respeito à oferta de um serviço que atenda às expectativas dos clientes. Esta, é vista atualmente, como a capacidade de satisfazer as necessidades dos clientes a custos razoáveis, constituindo-se como um critério fundamental para todas as instituições que fornecem cuidados (Neto et al., 2023). Foram empreendidos esforços para avaliar as intervenções executadas, incluindo a satisfação dos utentes, como forma de promoção de melhoria dos cuidados prestados. No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, são elementos importantes da satisfação dos clientes, entre outros: o respeito pelas capacidades individuais, crenças, valores e preferências de cada utente; a procura contínua por empatia nas interações com os utentes; a formação de parcerias que incluam os utentes no desenvolvimento do plano de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem contemplam seis enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (Neto et al., 2023).

Quadro 4: Atividades que permitiram o desenvolvimento da terceira competência comum

3. Domínio da Gestão dos cuidados
3.1 Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
3.2 Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Em relação ao domínio da gestão dos cuidados, a experiência de trabalhar de perto com enfermeiros especialistas proporcionou <i>insights</i> valiosos e um entendimento profundo sobre os desafios relacionados com a gestão eficaz, tanto de pessoas, exigindo uma compreensão detalhada do contexto e a adaptação da liderança à equipa, quanto de recursos materiais, através da gestão eficiente de <i>stocks</i> para assegurar, por exemplo, a disponibilidade constante de material necessário. Esses fatores, que consomem uma quantidade de tempo significativa e afetam a prática direta dos cuidados, colocam nas mãos do enfermeiro especialista a responsabilidade de liderar e direcionar esforços para a continuidade e aperfeiçoamento dos cuidados prestados.

Quadro 5: Atividades que permitiram o desenvolvimento da quarta competência comum

4. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais
4.1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
4.2 Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens, destaca-se o planeamento baseado em pesquisa para permitir executar atividades baseadas na melhor evidência disponível. A revisão da literatura foi fundamental para alicerçar a prática. A prática baseada em evidência apresenta-se como um método consistente, confiável e estruturado para definir práticas profissionais que, geralmente, serão reconhecidas como as mais apropriadas. Essa abordagem visa garantir os melhores resultados possíveis e a otimização dos recursos disponíveis, contando com a participação ativa de todos os participantes nos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira et al., 2012). A tomada de decisão orienta o exercício profissional autónomo dos enfermeiros. Durante a tomada de decisão, estes avaliam as necessidades específicas de cuidados de enfermagem do indivíduo ou do grupo (incluindo família e comunidade). Uma vez identificadas as necessidades, as intervenções de enfermagem são planeadas de maneira a prevenir riscos, identificar precocemente possíveis complicações e resolver os problemas existentes. Na etapa de decisão e ao implementar essas intervenções, o enfermeiro integra conhecimentos provenientes de pesquisas à sua prática quotidiana (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Conforme estabelecido no Regulamento n.º 515/2018, divulgado no Diário da República, a esfera de atuação do EEESMP abrange os processos de sofrimento, alterações e perturbações mentais dos utentes, bem como as consequências destes para seus projetos de vida, a capacidade de recuperação e o impacto dos fatores contextuais na saúde mental. Esta especialidade de enfermagem dedica-se, não apenas à promoção da saúde mental e à prevenção de doenças mentais, como também ao diagnóstico e à intervenção em respostas humanas inadequadas ou mal ajustadas aos processos de transição que causam sofrimento, alterações ou patologias mentais.

Na prática clínica, o EEESMP sobressai devido às suas competências no domínio psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Dessa forma, distingue-se de outras especialidades.

Em seguida, apresentam-se as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio no sentido de atingir as competências específicas do EEESMP.

Quadro 6: Atividades que permitiram o desenvolvimento da primeira competência específica

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional
Unidades de competência
1.1 Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.
Atividades desenvolvidas
• Adotou-se uma postura de respeito e colaboração com as equipas, de acordo com o papel de enfermeira estagiária; • Adotou-se uma postura profissional no contacto com os utentes, preservando a integridade do processo terapêutico; • Identificaram-se fatores pessoais que pudessem interferir na relação terapêutica com os utentes; • Geriram-se fenómenos de transferência e contratransferência; • Mantiveram-se os limites da relação terapêutica; • Realizaram-se reuniões informais com orientadores académicos e enfermeiros tutores para feedback das intervenções planeadas e em execução; • Refletiu-se sobre as ações e postura em cada turno, tomando consciência das mesmas e do seu impacto durante o processo terapêutico, discutindo esta questão com os enfermeiros tutores.

Quadro 7: Atividades que permitiram o desenvolvimento da segunda competência específica

2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	
Unidades de competência	
2.1 Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente	
2.2 Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	
2.3 Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	
Atividades desenvolvidas	
• Planearam-se e realizaram-se entrevistas clínicas, com o objetivo de realizar uma avaliação global dos utentes em variados contextos; • Identificaram-se as necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental; • Planeou-se um projeto de promoção de saúde mental positiva junto de cuidadoras informais; • Avaliaram-se as respostas humanas dos utentes, ao nível das transições; • Avaliaram-se as capacidades internas dos utentes, ao nível da volição, consciencialização e potencial.	

Quadro 8: Atividades que permitiram o desenvolvimento da terceira competência específica

3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto
Unidades de competência
3.1 Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. 3.2 Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. 3.3 Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade. 3.4 Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. 3.5 Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.
Atividades desenvolvidas
• Elaboraram-se e discutiram-se estudos de caso, segundo a Ontologia de Enfermagem; • Aplicaram-se instrumentos de avaliação de forma a selecionar os utentes alvo de intervenção, com cumprimento de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para a intervenção; • Realizaram-se consultas de acolhimento de novos utentes; • Geriu-se o regime medicamentoso dos utentes; • Registaram-se os cuidados prestados em sistema de informação; • Integraram-se reuniões gerais com as equipas multidisciplinares para discussão de casos clínicos. • Planearam-se e implementaram-se planos de cuidados individualizados; • Capacitaram-se utentes para o desenvolvimento de autocontrolo.

Quadro 9: Atividades que permitiram o desenvolvimento da quarta competência específica

4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde
Unidades de competência
4.1 Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. 4.2 Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. 4.3 Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.
Atividades desenvolvidas
• Ensinou-se sobre diagnóstico de Enfermagem Ansiedade - definição, sinais e sintomas e fatores de risco; • Promoveu-se por parte dos utentes a identificação de sinais e sintomas, causas / fatores precipitantes de ansiedade; • Auxiliou-se na identificação por parte dos utentes de situações no passado em que tiveram de lidar com ansiedade e averiguou-se como agiram e quais os resultados, promovendo a reflexão; • Auxiliou-se na identificação de recursos internos e promoveu-se a sua gestão; • Ensinou-se sobre Autocontrolo da Ansiedade; • Promoveu-se aquisição de estratégias de <i>coping</i>; • Realizou-se sessão de psicoeducação; • Utilizaram-se técnicas psicoterapêuticas facilitadoras de respostas adaptativas, como o reforço positivo e o treino de autocontrolo; • Ajudaram-se os utentes a entender a perturbação aditiva e os défices por ela causados, fazendo escolhas que promovessem mudanças positivas no seu estilo de vida; • Ensinar-se técnicas de relaxamento; • Treinaram-se técnicas de relaxamento; • Executou-se entrevista motivacional; • Executou-se técnica de modificação de comportamentos; • Executou-se reestruturação cognitiva.

Através da observação dos quadros seguintes, é possível entender em que contextos de estágio se deu o desenvolvimento das diferentes competências específicas de EESMP.

Quadro 10: Desenvolvimento da primeira competência específica por campo de estágio

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP	CONTEXTO COMUNIDADE	CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS	CONTEXTOS CLÍNICOS EM ÁREAS DIFERENCIADAS
1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.			
1.1- Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	+	+	+

Legenda: + - Contexto em que a unidade de competência foi desenvolvida.

Quadro 11: Desenvolvimento da segunda competência específica por campo de estágio

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP	CONTEXTO COMUNIDADE	CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS	CONTEXTOS CLÍNICOS EM ÁREAS DIFERENCIADAS
2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.			
2.1- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.			
2.2- Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.			
2.3- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.			

Legenda: + - Contexto em que a unidade de competência foi desenvolvida.

Quadro 12: Desenvolvimento da terceira competência específica por campo de estágio

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP	CONTEXTO COMUNIDADE	CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS	CONTEXTOS CLÍNICOS EM ÁREAS DIFERENCIADAS
3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.			
3.1- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.			
3.2- Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.			
3.3- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.			
3.4- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.			
3.5- Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.			

Legenda: + - Contexto em que a unidade de competência foi desenvolvida.

Quadro 13: Desenvolvimento da quarta competência específica por campo de estágio

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP	CONTEXTO COMUNIDADE	CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS	CONTEXTOS CLÍNICOS EM ÁREAS DIFERENCIADAS
4- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.			
4.1- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.			
4.2- Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.			
4.3- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.			

Legenda: + - Contexto em que a unidade de competência foi desenvolvida.

Após terem sido elencadas as atividades realizadas em cada contexto de estágio, que levaram à aquisição das competências de EEESMP, segue-se uma reflexão sobre este processo de desenvolvimento, baseada na literatura.

Os estágios são considerados componente fundamental na integração de saberes e desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem (Martinho et al., 2014). A competência em enfermagem é o complexo conjunto de várias dimensões integradas, nomeadamente, conhecimentos teóricos, práticos e de evolução pessoal (Phaneuf, 2005).

Não é possível haver desenvolvimento de competências em enfermagem sem a aplicação do processo de enfermagem. O processo de enfermagem está sempre presente na atuação durante o estágio. Este diz respeito ao método sistemático, rigoroso e eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisão clínica com vista à resolução de problemas que permite uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados (Doenges & Moorhouse, 2010)

A entrevista clínica foi fundamental no decorrer dos estágios para efetuar a recolha de dados para o processo diagnóstico que permite a prescrição de intervenções individualizadas (Sequeira & Fortuño, 2016). Crucial, também, foi sustentar as práticas em fundamentação teórica. Considera-se prática baseada na evidência o uso consciente e explícito do resultado de pesquisas sistemáticas para a tomada de decisão relativamente à intervenção junto dos utentes (Mendes, 2020).

Procurou-se estabelecer com os utentes uma comunicação terapêutica, com um estilo assertivo. Por comunicação terapêutica entende-se a utilização de conhecimento específico sobre comunicação, formando um vínculo de confiança eficaz e promovendo uma interação com o utente que suporte o enfrentamento dos seus desafios (Sequeira, 2020).

Durante o exercício profissional do EESMP, podem ocorrer impasses terapêuticos, como por exemplo, fenómenos de transferência e contratransferência, os quais têm potencial para influenciar a dinâmica terapêutica. No caso da transferência, o EESMP deve auxiliar o utente a distinguir entre experiências passadas e a realidade atual, ajudando-o a reconhecer e a redefinir o fenómeno, atribuindo um novo e mais adequado significado à relação entre enfermeiro e utente. Já em situações de contratransferência, é importante que o EESMP receba suporte de outros membros da equipa para identificar os seus próprios sentimentos e comportamentos, para além de reconhecer a manifestação do fenómeno (Towsenwd, 2011; Sequeira, 2016). Procurou-se sempre, ao longo do estágio, refletir sobre as práticas e a relação terapêutica estabelecida, quer individualmente, quer através de partilha e discussão com os enfermeiros tutores e a professora orientadora de estágio.

É inquestionável o papel de relevo que o EESMP pode desempenhar com o planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas, em articulação multidisciplinar com a restante equipa de saúde (Sampaio et al., 2023).

Considera-se esta competência específica como sendo aquela com maior importância para um EESMP. Para o desenvolvimento desta, contribuíram, tanto a indispensável aprendizagem teórica ao longo da frequência do curso de mestrado, como a aplicação prática nos diferentes contextos de estágio.

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, a intervenção psicoterapêutica de enfermagem é uma intervenção, executada exclusivamente por EESMP, que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios:

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP;
- Ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente (Sampaio et al., 2023).

Além disso, o utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si; o objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente e o número de sessões deve ser compreendido entre três e doze (Sampaio et al., 2023).

Destaca-se ainda, a elaboração dos estudos de caso como uma valiosa ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento durante o percurso cursado. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação que permite compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. No âmbito da enfermagem, estes contribuem para o conhecimento e para o desenvolvimento enquanto disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Uma dificuldade sentida, teve a ver com a confiança na prestação de cuidados psicoterapêuticos, nomeadamente ao executar reestruturação cognitiva. Apesar da extensa formação teórica complementada com simulações práticas ao longo do curso de mestrado, foi essencial na execução prática real da intervenção, contar com a supervisão da enfermeira tutora e discutir com ela as sessões realizadas. Desta forma foi possível ultrapassar esta dificuldade inicialmente sentida.

O processo de desenvolvimento de competências revelou-se extremamente enriquecedor e as competências adquiridas serão certamente significativas para os utentes de quem cuidar ao longo da vida profissional.

CONCLUSÃO

A jornada empreendida ao longo da frequência do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica propiciou o desenvolvimento de competências gerais e específicas de EESMP. Este é um processo ininterrupto que transcende a finalização desta etapa educativa.

Os objetivos definidos para o presente relatório foram alcançados, uma vez que foi possível efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática “Autocontrolo” no âmbito da saúde mental e psiquiátrica; caracterizar os contextos de estágio; descrever e fundamentar as atividades planeadas e realizadas em estágio, explanando os estudos de caso realizados; e refletir sobre as competências desenvolvidas em cada um dos contextos clínicos.

Não foi fácil encontrar literatura sobre a intervenção dos enfermeiros no âmbito do autocontrolo. Esta é uma área significativa, em que merece haver um conhecimento acrescido. Considera-se uma mais valia ter realizado uma revisão sustentada em referências internacionais sobre o autocontrolo, que é um fenómeno ainda pouco explorado pelos enfermeiros, e relacionar este conhecimento com as competências de EESMP.

Estando o autocontrolo adequado, associado a uma vasta gama de resultados positivos tanto a nível da saúde mental e física, como noutras áreas da vida, o EESMP deve atuar como promotor desta competência. Esta promoção pode ocorrer em vários contextos, sendo um exemplo o âmbito da saúde escolar.

O objetivo do EESMP, perante um utente com autocontrolo comprometido, seja dos impulsos ou da agressividade, passa por ajudá-lo a reconhecer o problema, identificar as suas causas e desenvolver estratégias para a sua resolução. Pode fazê-lo, por exemplo através de intervenções como: ensinar estratégias de autocontrolo; executar apoio emocional; instruir sobre estratégias de resolução de problemas e treinar técnicas de autocontrolo. Especificamente em relação ao autocontrolo da ansiedade, o objetivo do EESMP passa por capacitar o utente para atenuar a ansiedade através de estratégias de resolução de problemas adequadas e, para isso, deverá intervir, através da execução de intervenções como: intervenção psicoeducativa; relação de ajuda; treino de técnicas de autocontrolo; escuta ativa; ensino de técnicas de relaxamento; e orientação para estratégias de redução de ansiedade. Por isso, é fundamental o desenvolvimento de competências específicas para trabalhar com utentes com problemas a este nível e o EESMP é o profissional indicado para o fazer, tendo em conta a sua formação.

O estágio de natureza profissional decorreu nos contextos comunitário; internamento de pessoas em fase de descompensação aguda e cuidados diferenciados. A organização adotada neste relatório permite dar uma ideia clara do trabalho desenvolvido em cada contexto. É

possível entender o percurso de aprendizagem desenvolvido, através da aplicação do processo de enfermagem e das intervenções executadas em cada um deles.

Em contexto comunitário, destaca-se a intervenção na consulta de cessação tabágica e o projeto de promoção de saúde mental de mães cuidadoras de filhos com paralisia cerebral. Em contexto de internamento, destaca-se a intervenção no âmbito do autocontrolo da ansiedade em utentes com diagnóstico de enfermagem ansiedade. Em contexto de respostas diferenciadas, destaca-se a intervenção no âmbito do autocontrolo dos impulsos e do autocontrolo da ansiedade em utentes do programa de substituição opiácea. A integração nos três diferentes contextos de estágio permitiu o desenvolvimento de todas as competências de EESMP.

Espera-se que a execução e partilha deste relatório contribua para a edificação de uma prática clínica de ESMP baseada em evidência científica, tendo como referência a excelência do cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11 (6), 91-108
- Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. D. C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia e Neuropsychologia*, 13(4), 415-421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Amaya, S. (2020). The Science of Self-Control. <https://www.researchgate.net/publication/344250339>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bailer, B. A., Lindwall, J. J., & Daly, B. P. (2011). Impulse Control. In Goldstein, S., Naglieri, J. A. *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 795-798) Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_1462
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 97-101). Lidel
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions. Psychological Science*, 16(6), 351-355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Van Doorslaer, E. (2019). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist* 59(5), 629-642. <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-203). Lidel.
- Conner, M., Wilding, S., Wright, C. E., & Sheeran, P. (2023). How Does Self-Control Promote Health Behaviors? A Multi-Behavior Test of Five Potential Pathways. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 57(4), 313-322. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac053>
- de Ridder, D., Gillebaart, M., & Friese, M. (2020). Self-control interventions. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Eds.), *The handbook of behavior change*. (pp.586-59) Cambridge University Press.
- de Ridder, D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, M., & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how self-control affects a wide range of

- behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 76-99.
<https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro. (2008). *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 38. Série I. 1182-1189.
<https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Dlamini, M. D., Chang, Y. J., & Nguyen, T. T. B. (2023). Caregivers' experiences of having a child with cerebral palsy. A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 157-168.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.08.026>
- Doenges M. & Moorhouse M. (2010). Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico. (5ª ed.). Lusociência.
- Farajzadeh, A., Maroufizadeh, S., & Amini, M. (2020). Factors associated with quality of life among mothers of children with cerebral palsy. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), 1-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12811>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2028) O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI, 102-107.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Ford, B. Q., Gross, J. J., & Gruber, J. (2019). Broadening Our Field of View: The Role of Emotion Polyregulation. *Emotion Review. Sage Journals*, 11(3), 197-208.
<https://doi.org/10.1177/1754073919850314>
- Forrest, W., Hay, C., Widdowson, A. O., & Rocque, M. (2019). Development of impulsivity and risk-seeking: Implications for the dimensionality and stability of self-control. *Criminology*, 57(3), 512-543. <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12214>
- Gallucci, G., Tartarone, A., Lerosé, R., Lalinga, A. V., & Capobianco, A. M. (2020). Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *Journal of Thoracic Disease* 12(7), 3866-3876. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.02.47>
- Gillebaart, M. (2018). The “operational” definition of self-control. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01231>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa do trabalho do Mini Mental State Examination (MMSE). *Rev Port Neural*, 1-9.
- Guio, D. L. (2019). The Weakness of Will and Self-Control: a Discussion Around The Theory of Executive Functions. *Interdisciplinary Journal of Philosophy & Psychology*.

- Jassem, J. (2019). Tobacco smoking after diagnosis of cancer: Clinical aspects. *Translational Lung Cancer Research*, 8, 50-58. <https://doi.org/10.21037/tlcr.2019.04.01>
- Kim, Y., Richards, J. S., & Oldehinkel, A. J. (2022). Self-control, Mental Health Problems, and Family Functioning In Adolescence and Young Adulthood: Between-person Differences and Within-person Effects. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(6), 1181-1195. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01564-3>
- Koi, P. (2023). Accessing Self-Control. *Erkenntnis*, 88(8), 3239-3258. <https://doi.org/10.1007/s10670-021-00500-y>
- Kotabe, H. (2016). How depletion operates in an integrative theory of self-control.
- Koyanagi, A., DeVyllder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>
- LaCaille, L., Patino-Fernandez, A. M., Monaco, J., Ding, D., Upchurch Sweeney, C. R., Butler, C. D., Soskolne, C. L., Gidron, Y., Gidron, Y., Turner, J. R., Turner, J. R., Butler, J., Burns, M. N., Mohr, D. C., Molton, I., Carroll, D., Critchley, H., Nagai, Y., Baumann, L. C., ... Söderback, I. (2013). Emotional Control. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 671-673). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_950
- Lin, H., Saunders, B., Hutcherson, C. A., & Inzlicht, M. (2018). Midfrontal theta and pupil dilation parametrically track subjective conflict (but also surprise) during intertemporal choice. *NeuroImage*, 172, 838-852. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.10.055>
- Lindson, N., Klemperer, E., Hong, B., Ordóñez-Mena, J. M., & Aveyard, P. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 9). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013183.pub2>
- Liu, F., Shen, Q., Huang, M., & Zhou, H. (2023). Factors associated with caregiver burden among family caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review. *BMJ Open*, 13(4), e065215. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065215>
- Mărginean, I. (2018) *Health and social responses to drug problems. A European guide*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://doi.org/10.2810/244934>
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C. & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 1, 97-102. <http://hdl.handle.net/10400.26/36352>

- Mchugh, R. K., Taghian, N. R., & Nguyen, M. D. (2021). Anxiety and Opioid Use Disorder: Potential Targets for Treatment and Prevention. *Current Addiction Reports*, 8, 136-143. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00350-8/Published>
- Mete, S., & Güler, B. (2023). Relaxation-Focused Nursing Program for Women with Adnexal Mass in the Preoperative Period. *Journal of Education & Research in Nursing*. 20(1), 71-79. <https://doi.org/10.5152/jern.2023.80912>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. L., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 2693-2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. L. (2018). Nursing Outcomes Classification (NOC) (6ª ed.). Elsevier, Inc.
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 70. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Ni, Z. H., Ding, S., Wu, J. H., Zhang, S., & Liu, C. Y. (2022). Family Caregivers' Experiences of Caring for Children With Cerebral Palsy in China: A Qualitative Descriptive Study. *Inquiry*. 1-7. <https://doi.org/10.1177/00469580221121510>
- Notley, C., Gentry, S., Livingstone-Banks, J., Bauld, L., Perera, R., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004307.pub6>
- Nunes, E. (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. www.dgs.pt
- Nunes, S. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer E Crescer Revista Do Hospital De Crianças Maria Pia*, 1.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2*. Ordem dos Enfermeiros
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Peixoto, S., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Autocontrolo. Em C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp.128-130). Lidel.

- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 26. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº515/2018, de 7 de agosto. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 151. Série II. 21427-21430. <https://dre.pt/application/file/a/115893874>
- Rodríguez Rabadán, M. D., Torralba Madrid, M., & Carrillo de Albornoz, E. O. (2017). Perspectivas éticas, legales y deontológicas de los documentos del consentimiento informado enfermero. *Metas de Enfermería*, 20(8), 68-73.
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C. & Lopes, S. C. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M., Martins, T. (2018), Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes “Anxiety Level” and “Anxiety Self-Control” in a Portuguese Outpatient Sample. *Int J Nurs Terminol Knowledge*, 29, 184-191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*, (pp.128-130). Lidel
- Sequeira, C. & Fortuño, M. L. (2016). Entrevista Clínica. In C. Sequeira (Eds.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*, (pp.237-243). Lidel
- Sequeira, C. A., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, II(12), 9-16.
- Stok, F. M., De Ridder, D. T. D., De Vet, E., Nureeva, L., Luszczynska, A., Wardle, J., Gaspar, T., & De Wit, J. B. F. (2016). Hungry for an intervention? Adolescent’s ratings of acceptability of eating-related intervention strategies. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2665-6>

- Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência
- Vadivelan, K., Sekar, P., Sruthi, S. S., & Gopichandran, V. (2020). Burden of caregivers of children with cerebral palsy: An intersectional analysis of gender, poverty, stigma, and public policy. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08808-0>
- Veilleux, J. C., Colvin, P. J., Anderson, J., York, C., & Heinz, A. J. (2010). A review of opioid dependence treatment: Pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 30, Issue 2, pp. 155-166). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.006>
- Wati, R. S., Purwati, N. H., & Permatasari, T. A. (2020). Caring for Cerebral Palsy Children: Indonesian Parents' Experience. *The International Journal of Social Sciences World*, 2(02), 117-121. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4081604>
- Werner, K. M., & Ford, B. Q. (2023). Self-control: An integrative framework. *Social and Personality Psychology Compass*, 17(5). <https://doi.org/10.1111/spc3.12738>
- Willems, Y. E., Boesen, N., Li, J., Finkenauer, C., & Bartels, M. (2019). The heritability of self-control: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 100, 324-334. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.012>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zhang, C., Vanschoren, J., van Wissen, A., Lakens, D., de Ruyter, B., & IJsselstein, W. A. (2022). Theory-based habit modeling for enhancing behavior prediction in behavior change support systems. *User Modeling and User-Adapted Interaction*, 32(3), 389-415. <https://doi.org/10.1007/s11257-022-09326-x>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Sessões de Reestruturação Cognitiva

Sessão	Sessão 1					
Data	7/11/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Utente	X					
Enfermeira	Helena					
Objetivos	- Promover o conhecimento sobre o funcionamento e objetivos das sessões; - Objetivar o tipo de pensamentos disfuncionais do cliente (cognições negativas); - Promover com o indivíduo o reconhecimento e associação dos seus pensamentos e o impacto nas atividades de vida diária; - Reconhecer fatores de risco internos e externos, concorrentes para o diagnóstico de enfermagem;					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Informar acerca da técnica de reestruturação cognitiva e o seu objetivo geral, esclarecimento de dúvidas e inclusão do indivíduo nas sessões; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o seu envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Explicar o funcionamento da sessão e o objetivo concreto da primeira sessão;				
Desenvolvimento	25min	- Enquadrar a entrevista clínica com os diagnósticos de enfermagem ativos e encorajar o indivíduo a descrever, aberta e honestamente, as suas emoções, comportamentos, pensamentos e principais sintomas associados aos diagnósticos de enfermagem ativos; - Efetuar todos os registos necessários; - Fornecer uma folha dividida em duas colunas: na primeira coluna para que o indivíduo escreva todos os seus pensamentos disfuncionais, na segunda coluna, a associação desses pensamentos aos sentimentos experienciados. Para esta tarefa, tendo em conta a entrevista inicial, o acompanhamento no internamento e o desenrolar da sessão, a enfermeira deve auxiliar a utente a identificar erros ou distorções cognitivas como: - Pensamento do tipo “tudo ou nada”; - Generalização; - Diminuição do lado positivo; - Tirar conclusões precipitadas; - Ler a mente;				
		- Magnificação/minimização; - Raciocínio emocional; - Rotulação; - Culpa inadequada. - Anexar a folha ao processo, para que seja recurso a ser trabalhado nas próximas sessões. - Auxiliar a utente na identificação de crenças centrais. - Refletir sobre: quais as inferências a favor e contra, quais as interpretações alternativas e quais as implicações reais se a crença estiver certa.				
Conclusão	10min	- Proceder ao resumo da sessão; - Prescrever atividade a desenvolver como tarefa entre sessões: fornecer um caderno, no qual a utente deve, até à sessão seguinte, fazer um registo de pensamentos e sentimentos. - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Obter feedback relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando a utente à porta.				

Sessão	Sessão 2					
Data	10/11/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Utente	X					
Enfermeira	Helena					
Objetivos	- Promover a identificação dos aspetos positivos da sua vida; - Promover a consciencialização dos aspetos mais positivos da sua vida; - Promover a identificação e reconhecimento do suporte familiar e social de que dispõe.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Explicar o funcionamento da segunda sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	25min	- Solicitar as tarefas acordadas na sessão anterior e analisá-las, interpretando-as em conjunto com o cliente; - Entregar à cliente a folha com duas colunas preenchida na sessão anterior e acrescentar pensamentos e sentimentos (se aplicável) e refletir sobre estes nos mesmos moldes da sessão anterior. - Convidar a utente a enumerar e escrever numa outra folha os nomes das pessoas significativas na sua vida; - Convidar a utente a enumerar e escrever nessa folha coisas boas que considera ter feito na vida; - Anexar a folha ao processo, para que seja recurso com possibilidade de ser trabalhado nas próximas sessões;				
Conclusão	10min	- Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Sessão	Sessão 3					
Data	14/11/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Utente	X					
Enfermeira	Helena					
Objetivos	- Promover estratégias cognitivas na resolução de problemas; - Promover a identificação de interpretações erradas sobre o autoconceito, os problemas e/ou dificuldades; - Promover a identificação e reconhecimento a irracionalidade das suas crenças quando comparadas com a realidade atual; - Promover a substituição das interpretações irrealis, por outras mais reais.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Explicar o funcionamento da terceira sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	25min	- Explicar em que consiste a elaboração de estratégias cognitivas que visam a reestruturação e reconstrução do pensamento; - Solicitar as tarefas acordadas na sessão de iniciação e analisá-las, interpretando-as em conjunto com o cliente: recorrer à folha em que relatou os seus problemas/dificuldades e os respetivos aspetos positivo da sua vida; - Associar estratégias <u>imaginéticas</u>, emocionais e comportamentais aos problemas/dificuldades relatados na folha, e os respetivos aspetos da sua vida; - Analisar e discutir a pertinência de cada uma dessas estratégias: <u>imaginéticas</u>, emocionais e comportamentais;				
Conclusão	10min	- Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta.				

Sessão	Sessão 4					
Data	16/11/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Utente	X					
Enfermeira	Helena					
Objetivos	- Promover a substituição e modificação de pensamentos disfuncionais por pensamentos mais adequados;					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Explicar o funcionamento da quarta sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	25min	- Relembrar estratégias cognitivas exploradas e explicadas na sessão anterior e promover a modificação de pensamentos com base nessas estratégias; - Instruir a substituição de pensamentos disfuncionais, como os que lhe induzam stress; - Encorajar a utente a sugerir estratégias para ultrapassar situações de stress, determinando a sua pertinência e eficácia; - Encorajar a utente a experienciar essas estratégias, para testar os seus pensamentos, emoções e comportamentos relativamente às alternativas treinadas.				
Conclusão	10min	- Propor a realização de tarefa entre sessões: elaboração de diário, onde relate as situações de pensamentos disfuncionais, a aplicação das estratégias treinadas nesta sessão e a sua autoavaliação. - Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta.				

Sessão	Sessão 5					
Data	20/11/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Utente	X					
Enfermeira	Helena					
Objetivos	- Promover a identificação de expectativas sobre os seus objetivos no futuro; - Promover a gestão de expectativas sobre os seus objetivos futuros; - Promover a monitorização para a manutenção do pensamento funcional; - Promover a reflexão através da avaliação final da intervenção psicoterapêutica – reestruturação cognitiva.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Explicar o funcionamento da quinta sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	25min	- Solicitar as tarefas acordadas na sessão de iniciação e analisá-las, interpretando-as em conjunto: recorrer ao diário em que relatou os seus problemas/difículdades, a aplicação das estratégias treinadas na sessão anterior e a sua autoavaliação; - Encorajar ao planeamento de atividades para o futuro; - Partilha e discussão das atividades planeadas para o futuro, pelo cliente; - Propor a partilha de como se sente neste momento, na mesma folha fornecida na primeira sessão; - Propor a manutenção de tarefas de monitorização e autocorreção de pensamentos, em casa, através da continuação da elaboração do diário e reflexões; - Aplicar a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS), aplicada na avaliação inicial.				
Conclusão	10min	- Obter feedback relativamente ao que sentiu de benefícios da terapia; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta. - Seria adequado sugerir agendamentos de consultas de <i>follow-up</i>. Não será feito uma vez que a duração do estágio não o permite.				