

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A PESSOA COM PENSAMENTO COMPROMETIDO -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM EM
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Autor

Ana Sofia de Araújo Machado Rodrigues Barreira

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A PESSOA COM PENSAMENTO COMPROMETIDO -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E
PSQUIÁTRICA**

Orientador

José Carlos Marques de Carvalho
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Coorientador

Francisco Miguel Correia Sampaio
Professor Adjunto

Autor

Ana Sofia de Araújo Machado Rodrigues Barreira

Porto, 2023

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II, parte integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com início em fevereiro de 2022 e término em julho de 2023. A análise reflexiva sobre o percurso académico permite demonstrar o processo de aprendizagem de saberes e aquisição de competências comuns e específicas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A construção deste relatório baseia-se nos objetivos definidos para a Unidade Curricular consolidados no estágio decorrido entre 07/02/2023 a 13/06/2023, em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, contexto comunitário e contexto de respostas diferenciadas. O relatório é sustentado em evidência científica atual, com reflexão na ação e descrição do processo de obtenção de competências descrito ao longo de oito capítulos, que constituem este relatório: introdução, enquadramento conceptual do tema do relatório, caracterização dos três contextos de estágio, seguindo-se um capítulo, para cada contexto, dividido em 7 subcapítulos, que descrevem o respetivo plano de cuidados de enfermagem e, ainda, um capítulo onde são descritas as principais atividades que permitiram adquirir e consolidar as competências de enfermeiro especialista. Na síntese final do relatório é apresentada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, suportadas na melhor evidência científica. Importa referir que os planos de cuidados foram elaborados de acordo com a Ontologia de Enfermagem, com recurso à plataforma pedagógica e4nursing, com foco nas alterações da cognição. Adotamos uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva, baseada na pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e nas oportunidades de aprendizagem com que nos deparamos no decorrer do estágio. No sentido de desenvolver e adquirir competências especializadas específicas foi necessário aprofundar conhecimentos e treinar técnicas de comunicação, de intervenção psicoterapêutica de enfermagem e de elaboração de planos de cuidados baseados na Ontologia de Enfermagem. Concluímos que este foi o início de um processo de aprendizagem que se quer contínuo e que permitiu o desenvolvimento de habilidades e competências especializadas em cuidados de saúde mental, visando a excelência dos cuidados especializados de enfermagem. O exercício profissional em Saúde Mental e Psiquiátrica é um bom exemplo da mais-valia do trabalho em equipa e um dos espaços simbólicos do reforço da relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados, entre quem cuida e quem é cuidado, como evidenciado neste percurso formativo.

Palavras chave: cognição, memória, pensamento, esquizofrenia, intervenção psicoterapêutica.

ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit of Internship of a professional nature with report - Module II, an integral part of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, of the Nursing School of Porto, which started in February 2022 and ended in July 2023. The reflexive analysis about the academic path allows to demonstrate the process of learning knowledge and acquiring common and specific skills in the area of Mental Health and Psychiatric Nursing. The construction of this report is based on the objectives defined for the Curricular Unit consolidated in the internship between 07/02/2023 to 13/06/2023, in the context of hospitalization of people in the phase of acute clinical decompensation of mental illness, community context and clinical context in differentiated responses. The report is underpinned in current scientific evidence, with reflection in action and description of the process of acquiring competences described throughout the eight chapters that compose this report: introduction, conceptual framework of the report theme, the chapter characterizing the three internship settings, followed by a chapter for each setting, divided into 7 subchapters, which describe the respective individual nursing care plan and also a chapter describing the main activities that allowed the acquisition and consolidation of the competences of specialist nurse. This paper presents a critical-reflective analysis of the activities developed throughout the internship, supported by the best scientific evidence. It should be noted that the care plans were developed according to the Nursing Ontology, using the e4nursing pedagogical platform, focusing on the cognition changes. We adopted a descriptive, analytical-reflective methodology, based on the bibliographic research in scientific databases and on the learning opportunities we encountered during the internship. In order to develop and acquire specific specialized skills, it was necessary to deepen knowledge and train communication techniques, psychotherapeutic nursing intervention and the elaboration of care plans based on the Nursing Ontology. We conclude that this was the beginning of a learning process, intended to be continuous, which allowed the development of specialized skills and competences in mental healthcare, aiming the excellence of the specialized nursing care. The professional exercise in Mental Health and Psychiatry is a good example of the added value of teamwork and one of the symbolic spaces for strengthening the nurse-person relationship, between those who care and those who are cared for, as evidenced in this training programme.

Key words: cognition, memory, thinking, schizophrenia, psychotherapeutic intervention

ABREVIATURAS

ACE - Addenbrooke Cognitive Examination;
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde;
ARS - Administração Regional de Saúde;
CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador;
CAMI - Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador;
CASI - Índice de Satisfação do Cuidador;
DALYs - Disability-adjusted life years;
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
ECT – Eletroconvulsivoterapia;
EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica;
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto;
ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
MESMP – Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica;
MMSE - Mini Mental State Examination;
MoCA - Montreal Cognitive Assessment;
NOC – Nursing Outcomes Classification;
OE - Ordem dos Enfermeiros;
RNCCISM - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
SSRI - Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina;
STAI - State-Trait Anxiety Inventory;
UCC – Unidade Cuidados na Comunidade;
USF - Unidade de Saúde Familiar;

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO.....	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2.1. Cognição	13
2.1.1 Pensamento	14
3. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
4. CONTEXTO DE INTERNAMENTO.....	22
4.1. Enquadramento teórico.....	22
4.2. Clientes	27
4.3. Medicação.....	28
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita.....	28
4.4. Domínios	30
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	30
4.5. Dados.....	31
4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	36
4.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	36
4.6. Diagnósticos	38
4.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	39
4.7. Especificação das intervenções	42
5. CONTEXTO DE COMUNIDADE.....	46
5.1. Enquadramento teórico.....	46
5.2. Clientes	48
5.3. Medicação.....	49
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita.....	49
5.4. Domínios	50
5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	50
5.5. Dados.....	51
5.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	54
5.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	55
5.6. Diagnósticos	56
5.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	58
5.7. Especificação das intervenções	59
6. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS.....	62
6.1. Enquadramento teórico.....	62
6.2. Clientes	64
6.3. Medicação.....	66
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita.....	66
6.4. Domínios	67
6.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	68
6.5. Dados.....	68
6.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	70
6.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados.....	71

6.6. Diagnósticos	72
6.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	73
6.7. Especificação das intervenções	74
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	76
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO.....	91
9. BIBLIOGRAFIA.....	93
ANEXOS	99

I. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que decorreu no período compreendido entre 07 de fevereiro de 2023 e 13 de junho de 2023.

A operacionalização de um relatório de estágio reveste-se de crucial importância para a especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), na medida em que incentiva os enfermeiros a integrar, em cada contexto de estágio, os conceitos teóricos, constructos e princípios éticos e deontológicos, bem como a refletir, de forma crítica, sobre as atividades desenvolvidas, permitindo o processo de ensino / aprendizagem.

Este relatório constitui-se um instrumento de avaliação da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, sob a orientação do Prof. Doutor José Carlos Marques de Carvalho e coorientação do Prof. Doutor Francisco Miguel Correia Sampaio.

Os objetivos gerais deste trabalho são: dar cumprimento aos requisitos exigidos para avaliação da unidade curricular e adquirir conhecimento na elaboração do relatório de desenvolvimento profissional. Os objetivos específicos são: descrever as intervenções de enfermagem que permitem adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, baseadas na evidência científica disponível, com vista à melhoria contínua da qualidade, continuidade dos cuidados de enfermagem e evolução da profissão de enfermeiro.

O tema transversal deste relatório, a pessoa com pensamento comprometido, parte integrante da cognição, descreve os vários fatores que envolvem este processo intelectual.

Deste relatório fazem parte o enquadramento conceptual do tema do relatório segue-se a caracterização dos três contextos de estágio: de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental; contexto comunitário e contexto clínico de respostas diferenciadas. No seguimento destes são explanados os planos de cuidados de enfermagem elaborados com base na Ontologia de Enfermagem, com recurso à plataforma pedagógica desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, designada por *e4nursing*. De seguida são apresentados os contributos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. A redação do relatório termina com uma síntese final de que faz parte uma reflexão pessoal sobre todo o percurso pedagógico.

A pesquisa bibliográfica realizada para a fundamentação do relatório foi efetuada nas várias bases de dados científicas disponíveis, a sua redação teve por base o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, bem como as Normas APA 7 para a elaboração de trabalhos escritos.

A configuração do documento resulta do *output* automático da plataforma *e4nursing* cuja formatação está pré-definida, pelo que pode não estar de acordo com as regras de elaboração de trabalhos escritos, definidas pela ESEP.

Importa ainda, clarificar que os estudos de caso apresentados foram, automaticamente, elaborados tipo Plano de Cuidados de Enfermagem, pelo que são apresentadas datas e horas, correspondentes às duas sessões de trabalho realizadas com cada pessoa. Assim, conforme a alteração (ou não) dos dados e dos diagnósticos, de uma sessão para a outra, os diagnósticos da sessão seguinte, têm indicação de “Manteve”, “Melhorou” ou “Resolvido”. Os diagnósticos de Enfermagem, encontram-se realçados a *bold*.

A redação deste documento teve por base a proteção de dados, pelo que estes não traduzem dados reais que permitam a identificação das pessoas alvo de cuidados.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Cognição

A cognição é o processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória (International Council of Nurses, 2019). Trata-se de uma das funções primárias do cérebro que ocorre aquando da aquisição, codificação, adaptação e aplicação das experiências sensoriais provenientes do meio onde a pessoa está inserida (Thornton et al., 2023).

É uma função cortical que pode ser dividida em subfunções distintas: atenção, orientação, memória, organização visuomotora, raciocínio, função executiva, planeamento e resolução de problemas (Freitas & Py, 2016). A cognição depende não só da capacidade do cérebro em adquirir informação através de estímulos sensoriais, mas também do processamento e integração dessa informação que orienta comportamentos e ações (Thornton et al., 2023).

A disfunção cognitiva pode afetar todas as esferas da vida diária e de lazer (Freitas & Py, 2016). Na esfera social verifica-se que a pessoa perde capacidade de entender e integrar todas as partes de uma situação. As atividades de vida diária passam a ser desenvolvidas de forma ineficaz, verifica-se dificuldade ou incapacidade em tomar decisões e estabelecer prioridades. As alterações da memória podem surgir manifestando-se pela dificuldade em manter recordações ou associar informações relacionadas com a própria pessoa (Freitas & Py, 2016).

Como componente da mente, a cognição tem uma relação recíproca com outras funções não cognitivas, tais como as emoções, volição e o *self*. As funções cognitivas são complexas, envolvem várias áreas do cérebro e são um sistema funcional dinâmico que representa o mundo social e natural, através de sinais e dos resultados obtidos pela interiorização ou apropriação da pessoa das ações externas e relações com as coisas e com as outras pessoas (Damasceno, 2020). Enquanto sistema funcional, a mente e a cognição compreendem uma rede de vários processos mentais básicos, organizados num conjunto de regiões cerebrais interconectados. Cada região do cérebro contribui com a sua operação específica para o funcionamento do sistema como um todo (Damasceno, 2020).

Outra característica do sistema funcional da mente é a sua estrutura dinâmica, ou seja, a composição de todo o conjunto das operações mentais e regiões do cérebro muda constantemente, na medida em que as tarefas vão trocando de umas para outras (Damasceno, 2020).

Em suma, a estrutura cerebral, a sua fisiologia e funcionamento estão intimamente relacionados e precisam manter-se em equilíbrio para o normal funcionamento neurocognitivo, neuroemocional e neurocomportamental da pessoa (Hedges et al., 2019).

Com efeito a cognição não é uma função isolada, mas antes uma complexa atividade entre dois componentes: funcionamento físico (através do cérebro) e as experiências práticas externas.

2.1.1. Pensamento

No seio dos vários processos que envolvem a cognição destaca-se o pensamento, também ele, foco do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Pensamento, do latim “*pensare*”, que significa avaliar o peso de algo, é o ato, faculdade de pensar, ideia, reflexão, conceito, opinião sobre algo (Figueira et al., 2020). O pensamento é aquilo que é trazido à existência através da atividade intelectual, tornando-se progressivamente mais lógico e coerente, com capacidade para escolher, ordenar e classificar factos (Figueira et al., 2020).

A aprendizagem surge na sequência do contacto do indivíduo com novos estímulos criando a necessidade de adaptação e está relacionada com o meio em que a pessoa está inserida (Aguar, 2002).

Segundo o psicólogo suíço Jean Piaget, citado por Freitas et al. (2020), a aprendizagem é a ligação entre adaptação, interpretação e assimilação provenientes das informações transmitidas pelo meio em que a pessoa está inserida. Segundo o mesmo autor, da interação com o meio dá-se o processo de desenvolvimento, que ocorre ao longo de quatro etapas progressivas: período da inteligência sensório-motora, período da inteligência pré-operatória, período da inteligência operatório-concreta e período da inteligência operatório-formal.

A fase sensório-motora ocorre entre os zero e os dois anos. A criança não possui representação mental dos objetos, comunica pela perceção e a atividade mental reduz-se aos reflexos (Forneli, 2021). O seu desenvolvimento ao longo das quatro fases identificadas termina com a fase operatória-formal que ocorre dos doze anos em diante. A criança consegue não só operar com o real, mas também com a dedução de hipóteses, seguindo uma lógica formal, com ações e pensamentos que se combinam. A criança formula hipóteses e deduz soluções para os problemas (Forneli, 2021).

Os elementos cognitivos do pensamento dividem-se em três operações básicas: conceitos, juízos e raciocínios (Cantilino & Monteiro, 2017).

Os conceitos formam-se a partir de representações, expressam as características mais gerais dos objetos e dos fenómenos e estão relacionados com a abstração e generalização (Cantilino & Monteiro, 2017).

Assim, o conceito não apresenta elementos de sensorialidade, pelo que não é possível contemplá-lo nem imaginá-lo, tratando-se, assim, de um elemento puramente cognitivo e estrutural básico do pensamento (Dalgalarrondo, 2008).

Os juízos estabelecem a relação entre dois ou mais conceitos (Cantilino & Monteiro, 2017). O raciocínio é a representação mental que relaciona os juízos (Cantilino & Monteiro, 2017). O processo de raciocínio representa um modo especial de ligação entre conceitos, de sequência de juízos, de encadeamento de conhecimentos, derivando uns dos outros (Dalgalarrondo, 2008).

Quando o pensamento não está comprometido ele caracteriza-se por conexões entre palavras e frases com lógica e com um objetivo; não tem discrepâncias permitindo ao ouvinte seguir a linha de pensamento sem dificuldade; o número de unidades (bits) de informação que se transmite durante um período de tempo específico é adequado para que o ouvinte mantenha a atenção no discurso e compreenda o seu significado; as palavras e frases que se utilizam são adequadas e transmitem um conteúdo significativo; a comunicação dirige-se especificamente ao ouvinte, flui ritmicamente e não é interrompida nem desarticulada (Belloch et al., 2020). O pensamento normal rege-se pela lógica formal e orienta-se segundo a realidade e os princípios da racionalidade da cultura na qual o indivíduo está inserido (Dalgalarrondo, 2008).

O pensamento não pode ser dividido em compartimentos estanques e separados, no entanto, de forma a facilitar a sua compreensão, este pode ser avaliado quanto à forma, ao curso e ao conteúdo, isto é, como a pessoa pensa, como é o curso e a estrutura do seu pensamento, em que baseia o pensamento, que crenças estão subjacentes à sua expressão, etc. (Belloch et al., 2020).

O curso do pensamento é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e o seu ritmo ao longo do tempo (Dalgalarrondo, 2008). A forma do pensamento é a sua estrutura básica, a sua “arquitetura”, relacionada com os diversos conteúdos e interesses do indivíduo (Dalgalarrondo, 2008).

O conteúdo do pensamento são os seus temas propriamente ditos, o assunto em si. Há tantos conteúdos de pensamento quantos os temas de interesse do ser humano (Dalgalarrondo, 2008).

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (2021) pensamento comprometido é uma perturbação do funcionamento cognitivo que afeta os processos mentais envolvidos no desenvolvimento de conceitos e categorias, raciocínio e resolução de problemas.

Atendendo às várias dimensões do pensamento, ele pode mostrar-se comprometido a nível do curso, da forma e do conteúdo.

No que se refere às alterações do curso do pensamento podemos estar na presença de:

- Taquipsiquismo, verifica-se o aumento da velocidade do fluxo do pensamento (Dalgalarrondo, 2008);
- Bradipsiquismo, verifica-se a lentificação do pensamento com progressão lenta e difícil, há latência entre as perguntas e as respostas (Dalgalarrondo, 2008);
- Fuga de ideias que se caracteriza pela perda de associação lógica entre as palavras, há afastamento progressivo da ideia inicial (Dalgalarrondo, 2008);

- Mutismo que se caracteriza pela ausência de comunicação verbal por recusa ou incapacidade psicológica de falar, sem que tenha havido, previamente, alterações da linguagem, lesões orgânicas centrais ou periféricas (Figueira et al., 2020).

Por seu lado, as principais alterações da forma do pensamento podem ser (entre outras):

- Pensamento ilógico, caracterizado por contradições internas importantes, uma vez que as conclusões a que a pessoa chega não correspondem às questões de partida do discurso (Belloch et al., 2020);
- Dissociação do pensamento ou desorganização do pensamento verifica-se que os pensamentos sucedem-se sem uma sequência lógica e os juízos não são coerentes entre si (Dalgarrondo, 2008);
- Pensamento desagregado que se caracteriza pela perda total da coerência do pensamento (Figueira et al., 2020);
- Pensamento neolístico caracterizado pela invenção de novas palavras ou atribuição de significado diferente a uma palavra do discurso do quotidiano (Belloch et al., 2020).

No que diz respeito às alterações do conteúdo do pensamento, ou seja, aquilo que preenche a sua estrutura, estas podem ser:

- Pensamentos repetitivos negativos que se caracterizam por serem intrusivos, recorrentes, incontroláveis e de carácter negativista. São ineficazes pois não servem para resolver qualquer problema, além de consumirem recursos mentais pois absorvem toda a atenção, pelo que há diminuição da capacidade cognitiva disponível para outras atividades. São exemplos deste tipo de pensamentos a preocupação, ruminação, pensamentos automáticos negativos, entre outros (Belloch et al., 2020);
- Ideias sobrevalorizadas são crenças dominantes, consistentes com a personalidade e com os valores do indivíduo que está emocionalmente sobrecarregado. Diferem das obsessões na medida em que não são intrusos e o seu conteúdo é egossintónico (Belloch et al., 2020);
- Ideias delirantes são as que se traduzem em crenças anómalas pois o seu conteúdo é bizarro, improvável, absurdo e não partilhado pelos outros membros do grupo, sustentada pelo indivíduo com grande convicção. São crenças fixas que não são suscetíveis de ser alteradas à luz da razão e o seu conteúdo pode englobar vários temas (Belloch et al., 2020).

Ainda no domínio do pensamento são frequentes os pensamentos disfuncionais. Estes caracterizam-se pela forma errónea como a pessoa organiza a informação sobre si própria e sobre o meio em que está inserida (Sequeira & Sampaio, 2020). Tais interpretações influenciam as emoções da pessoa, o seu comportamento e a sua resposta fisiológica à situação em si (Beck & Judith S, 2021). Habitualmente a situação é interpretada de forma mais negativa, do que na realidade é (Beck & Judith S, 2021). Deste modo a pessoa interpreta de forma errada uma situação neutra ou até positiva (Beck & Judith S, 2021), o que influencia, significativamente, o seu comportamento (Espíndula et al., 2023).

Dentro das alterações do pensamento, é possível identificar o delírio. A palavra “delírio” provém do termo latino *de-lirare* que significa “sair do sulco ao lavrar a terra”, ou seja, em termos de psicopatologia significa sair do conteúdo normal do pensamento (Belloch et al., 2020).

Os delírios são o processo de raciocínio que levam a pessoa a concluir algo, baseando-se em certas conexões causais que consideram evidências. Por sua vez estas evidências são selecionadas de modo aleatório (Belloch et al., 2020).

Segundo Mullen (1979) citado por Belloch et al. (2020), delírios são crenças que se mantêm com absoluta convicção, uma verdade evidente para o próprio, não se deseja modificá-los e as crenças não são partilhadas por outros membros do grupo social ou cultural.

No que se refere à sua classificação quanto à forma como surgem, estes autores referem que podem ser:

- primários, pois são originais e incompreensíveis;
- secundários, surgem com a intenção de explicar experiências anómalas.

Quanto ao seu conteúdo podem ser:

- persecutórios, em que o tema central é a convicção plena de que algo ou alguém quer fazer mal ao indivíduo de forma intencional;
- erotomaniaco, no qual a pessoa alvo de cuidados acredita que outra pessoa está apaixonada por si;
- delírio de grandeza, quando existe uma exagerada valorização de determinada característica, habilidade, conhecimento, ou de realização de uma descoberta importante;
- delírio tipo somático, cujo conteúdo refere-se ao funcionamento do próprio corpo, por exemplo, que está infestado por insetos;
- delírio de infidelidade, no qual a pessoa alvo de cuidados crê que o cônjuge não lhe é fiel e despende muito tempo a reunir provas de tal;
- delírio de autorreferência, quando a pessoa alvo de cuidados está convicta que alguns acontecimentos, gestos e atitudes de outras pessoas são dirigidos a ela especificamente e de modo intencional; entre outros delírios.

No que se refere à obsessão, esta é um evento mental com um pensamento, um sentimento, ideia ou sensação recorrente ou intrusiva (Sadock et al., 2017). Na obsessão predominam ideias que, apesar de terem um conteúdo repulsivo para o indivíduo, impõem-se à sua consciência de forma persistente e incontrolável. O indivíduo tenta bani-las da sua consciência, mas elas são intrusivas causando-lhe grande angústia (Dalgarrondo, 2008).

No que diz respeito à ideação suicida, segundo Laranjeira (2015), a pessoa que apresenta alterações do conteúdo do pensamento e quando este é preenchido, na sua maioria, por pensamentos negativos, percebe o mundo de forma enviesada e pessimista. Por conseguinte, a pessoa tem tendência a interpretar de forma negativa todas as suas experiências de vida, a antecipar o futuro de forma negativa e a perspectivá-lo com desesperança. Ainda segundo o mesmo autor, o sentimento de desesperança é uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento que a pessoa tem de que vai falhar ou de que os seus comportamentos vão ter consequências negativas no futuro.

Desde a profissionalização da Enfermagem levada a cabo por Florence Nightingale, diversas transformações sociais e políticas levaram ao desenvolvimento de várias teorias que suportam os cuidados de enfermagem.

Especificamente na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica destaca-se a teórica Hilgard Peplau, que desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais em enfermagem, publicada em 1952.

Peplau destaca o potencial terapêutico inerente ao relacionamento interpessoal. Deste modo o centro da prática de enfermagem de saúde mental é a relação enfermeiro-doente (J. C. Santos & Cutcliff, 2018) através do uso que o enfermeiro faz de si mesmo enquanto se relaciona com a pessoa alvo de cuidados, para que esta possa alcançar o seu desenvolvimento e crescimento pessoais (Bittencourt et al., 2018).

Para esta teórica o processo inter-relacional desenvolve-se ao longo de quatro fases: orientação (início da relação interpessoal, quando a pessoa / família percebe a necessidade de ajuda); identificação (enfermeiro e pessoa alvo de cuidados precisam esclarecer percepções e expectativas mútuas); exploração (a pessoa alvo de cuidados sente-se parte integrante do processo de cuidado) e, por último a fase de solução (as necessidades da pessoa alvo de cuidados já foram satisfeitas, pelo que a relação entre ambos termina) (S. S. Santos & da Nóbrega, 1996). Peplau evidencia as várias orientações possíveis em cada uma das fases, por vezes com sobreposição entre elas. Outro aspeto inovador desta teórica prende-se com a conceptualização da pessoa alvo de cuidados como parceira no processo de enfermagem (J. C. Santos & Cutcliff, 2018).

Uma outra teórica mais recente é Afaf Meleis que desenvolveu a Teoria das Transições resultante da observação da forma como o ser humano enfrenta e ultrapassa (ou não) situações de mudança e/ou alterações na sua condição de vida. Segundo Meleis, entende-se por transição a passagem de uma fase da vida, condição ou estado estável, para outro (Carvalho, 2019). Para tal é necessário que incorpore conhecimentos, altere comportamentos e mude a sua definição do self.

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições; condicionantes facilitadores e inibidores da transição; padrões de resposta e terapêutica de enfermagem. As transições são o resultado de mudanças na vida da pessoa, saúde, relacionamentos e ambiente (Meleis & Messias, 2000).

As intervenções de enfermagem entendem-se como a ação continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade aos que vivenciam a transição, para que desencadeiem respostas positivas às transições, de forma a restabelecerem a sensação de bem-estar (Meleis & Messias, 2000).

Os enfermeiros que cuidam no decorrer do processo de transição valorizam a pessoa, uma vez que os seus cuidados estão associados ao desenvolvimento humano, contribuindo para a maturidade e o crescimento pessoal com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis & Dean, 2007).

Atendendo aos dados recolhidos através da entrevista clínica com a pessoa alvo de cuidados, são vários os diagnósticos de enfermagem que podem ser elencados, tendo em conta o domínio do pensamento. São eles: pensamento comprometido; obsessão; ideação suicida e delírio. A estes diagnósticos estão associadas as intervenções de enfermagem:

- Avaliar a evolução: do pensamento comprometido; da obsessão; da ideação suicida ou do delírio;
- Executar: reestruturação cognitiva (no que se refere aos diagnósticos de pensamento comprometido, obsessão e ideação suicida); escuta ativa e implementar medidas de segurança (no que se refere ao diagnóstico de ideação suicida); assistir o cliente nas estratégias de orientação para a realidade, assistir na gestão do delírio e

- Informar: referenciar pensamento comprometido ao médico; referenciar comportamento compulsivo ao médico; referenciar ideação suicida ao médico; referenciar delírio ao médico.

A necessidade da interoperabilidade semântica dos sistemas de informação, faz emergir a necessidade de parametrização dos conteúdos de informação usados pelos enfermeiros para documentar os dados recolhidos, os diagnósticos de enfermagem identificados, as intervenções prescritas e os resultados alcançados.

A utilização da ontologia de enfermagem permite que todos os sistemas processem informação interoperável do ponto de vista semântico (Bastos et al., 2020). Esta assenta no modelo representativo da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros e em princípios que orientam não só a inclusão dos itens de informação, mas também a opção de introdução apenas da quantidade de informação necessária (Bastos et al., 2020).

Deste modo, a ontologia de enfermagem é uma descrição de conceitos, a respetiva relação entre eles, permitindo inferir diagnósticos de que resulta a implementação de intervenções de enfermagem, constituindo, assim, modelos clínicos baseados na melhor evidência disponível, o que contribui para a melhor tomada de decisão.

A aplicação prática da ontologia de enfermagem traduz-se na garantia da continuidade dos cuidados, melhoria da qualidade e fiabilidade dos indicadores dos cuidados de enfermagem, bem como a melhoria contínua dos mesmos. A ontologia de enfermagem representa o conhecimento disciplinar suportado na Teoria do Auto Cuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Com efeito, na ontologia de enfermagem, especificamente no que se refere à atuação do EEESMP, os dados são obtidos através da entrevista clínica. A partir destes, são identificados diagnósticos de enfermagem que no domínio do pensamento, pode ser “pensamento comprometido”. Os objetivos do diagnóstico de enfermagem de “pensamento comprometido” são: promover o pensamento funcional. Não obstante, podem ser elencados diagnósticos cujo objetivo é promover e facilitar o processo de transição, como por exemplo o diagnóstico de “potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento”. A evolução da pessoa alvo de cuidados é feita através da utilização de indicadores de resultado, neste caso em concreto, “que a pessoa apresente distorção do pensamento reduzida”. Esta avaliação pode ser efetuada com recurso ao resultado NOC “Autocontrolo do pensamento distorcido” (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Para estes diagnósticos de enfermagem, recorrendo aos dados obtidos na entrevista clínica, podem ser prescritas várias intervenções de enfermagem tais como: “Avaliar a evolução do pensamento comprometido”; “Executar reestruturação cognitiva”; “Referenciar pensamento comprometido ao médico”, “ Ensinar sobre estratégias de controlo do pensamento”, entre outras. Para cada uma destas intervenções são identificadas várias atividades que as concretizam. No final de todo o processo é feita uma avaliação de todas as condições identificadas, para assim, manter ou dar termo aos diagnósticos de enfermagem previamente identificados. Desta forma, a ontologia em enfermagem suporta a descrição dos cuidados de enfermagem, bem como o processo de tomada de decisão (Bastos et al., 2020).

Considerando a utilização da ontologia de enfermagem, tal como descrito anteriormente, para que se verifique a melhoria contínua dos cuidados, é necessário que o EEESMP desenvolva, progressivamente, as suas competências específicas.

Destas destacamos a competência específica "Detém elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De facto, é imprescindível que o EEESMP detenha todas as condições para conseguir estabelecer relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados. Esta é a pedra basilar de qualquer intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Por conseguinte, o EEESMP deve ser capaz de identificar emoções, sentimentos, entre outros fatores circunstanciais que possam enviesar a sua objetividade e empatia para com a pessoa cuidada.

Contudo, o conhecimento sobre si próprio não é a única competência de que depende a melhor intervenção do EEESMP. Para além das características e fatores associados à pessoa alvo de cuidados, às quais o EEESMP é alheio, destacamos a competência "Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental"(Ordem dos Enfermeiros, 2018). Tendo em conta a pertinência do planeamento da entrevista clínica, cujos dados recolhidos são essenciais para o estabelecimento do melhor plano de cuidados, o EEESMP necessita desenvolver e aprimorar a comunicação verbal e não verbal.

Estabelecido o plano de cuidados, o EEESMP "Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde"(Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta competência específica exige do EEESMP conhecimento destas intervenções, dos diferentes objetivos das técnicas psicoterapêuticas, capacidade para promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, bem como a capacidade de envolver outros profissionais cuja atividade tenha os mesmos objetivos.

3. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

De acordo com o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o Módulo II do Estágio em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental decorreu no internamento de um hospital psiquiátrico do norte do país, no período compreendido entre 7/02/2023 e 16/03/2023, num total de 125 horas. Diariamente são admitidos doentes para desintoxicação de álcool e outras substâncias e doentes com agudização de doença mental. Estes doentes são referenciados pelos Centros de Resposta Integrada, consulta externa e urgência de vários hospitais da região.

Do previsto o estágio em contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integrada na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, no período compreendido entre 20/03/2023 e 03/05/2023, num total de 125 horas. A equipa multidisciplinar desta UCC é composta por enfermeiros especialistas nas várias áreas, tais como Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, saúde infantil, entre outras. Os utentes são referenciados pelas várias Unidades de Saúde Familiar (USF) que fazem parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

O estágio em contexto clínico de respostas diferenciadas decorreu numa unidade de reabilitação psicossocial da região norte do país no período compreendido entre 08/05/2023 e 13/06/2023, num total de 90h. Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar que disponibiliza um conjunto de Serviços Integrados de Reabilitação Psicossocial na comunidade, tais como: atividades ocupacionais, reabilitação cognitiva, treino de competências sociais, treino de atividades de vida diária e treino de atividades instrumentais de vida diária. Destaca-se a prestação de serviços de reabilitação psicossocial, no domicílio da pessoa com doença mental grave. Este projeto está integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM). Os utentes são referenciados pelos serviços que os acompanham designadamente o Serviço Local de Saúde Mental, o Agrupamento de Centros de Saúde, o Serviço de Psiquiatria ou uma instituição psiquiátrica do setor social, depois de dado o consentimento do utente ou do seu representante legal.

4. CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Senhora de 77 anos de idade, que deu entrada num hospital psiquiátrico da zona norte do país, para internamento em unidade de doentes agudos, proveniente de uma localidade do norte do país, com diagnóstico de Doença de Alzheimer, com vários anos de evolução.

Em entrevista clínica com o cuidador averiguou-se que nos últimos dias esteve mais confusa, incapaz de se autocuidar, de realizar as atividades de vida diária e organização da casa.

4.1. Enquadramento teórico

Tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidémia e várias cirurgias anteriores; no que se refere a antecedentes familiares, um dos progenitores faleceu com demência.

Ao terceiro dia de internamento foi aplicada a escala de Addenbrooke Cognitive Examination tendo obtido um score de 19/100, sendo que na atenção obteve score de 3/18; na memória obteve score de 1/26; na fluência obteve score de 1/14; na linguagem obteve score de 10/26; e visuoespacial obteve score de 4/16; Mini Mental State Examination - 9 pontos.

A doença de Alzheimer é considerada uma doença neurodegenerativa progressiva, com declínio funcional progressivo e perda gradual de autonomia que culmina na dependência total do doente (Freitas & Py, 2016).

Caracteriza-se por alterações de vários domínios cognitivos, tais como a atenção, função executiva, capacidade de aprendizagem, memória, linguagem, percepção motora e cognição social, com inevitável impacto na autonomia da pessoa afetada (Silva et al., 2023).

Segundo dados da OMS, em 2019 havia 55 milhões de pessoas com demência: 8,1% de mulheres e 5,4% de homens com menos de 65 anos de idade, sendo esta a sétima causa de morte, a nível mundial. Estima-se que o número destes doentes aumente até aos 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050 (WHO, 2021). A doença de Alzheimer é a mais comum das demências com cerca de 60-70% dos casos (WHO, 2021).

Em Portugal, em 2019, cerca de 1.88% da população total sofria desta patologia (59989 homens e 133527 mulheres) (Alzheimer Europe, 2019). Estima-se que em 2025 a prevalência desta doença no nosso país seja de 2,29% da população total e em 2050 este valor seja de 3,82% da população total (Alzheimer Europe, 2019).

Em 2019 registaram-se, em Portugal, 1687 óbitos por doença de Alzheimer (532 óbitos de homens e 1155 de mulheres) (INE, 2021). No ano 2018, o valor total estimado de custos médicos diretos atribuíveis à doença de Alzheimer para o sistema de saúde português foi de aproximadamente 219 milhões de euros, dos quais: 166 milhões em tratamento em ambulatório; 29 milhões em internamento hospitalar e 24 milhões em tratamento farmacológico (Costa et al., 2021). A doença de Alzheimer no ano de 2018 foi responsável por 7% do total de anos perdidos por morte prematura em Portugal Continental (Costa et al., 2021).

Os principais fatores de risco da doença de Alzheimer, tal como das outras demências, são: a idade, o sexo, predisposição genética, fatores de risco vasculares, fatores nutricionais, fatores ambientais e os traumatismos cranianos (Dubois, 2021).

Pela análise do aumento progressivo das demências a partir dos 60 anos de idade, conclui-se que a idade é, indiscutivelmente, o fator de risco mais importante no desenvolvimento das demências em geral e da doença de Alzheimer em particular (Freitas & Py, 2016).

No que se refere ao sexo, as mulheres são mais afetadas que os homens, no entanto, esta diferença pode ser explicada pela sobrevida mais longa nas mulheres com esta doença, do que os homens (Freitas & Py, 2016).

A história familiar de demência é considerada um importante fator de risco de doença de Alzheimer (Freitas & Py, 2016). Algumas famílias demonstram padrão de herança autossómica dominante para a doença de início precoce (Freitas & Py, 2016). Ainda no que se refere aos fatores genéticos, indivíduos com Síndrome de Down vão desenvolver Alzheimer, caso cheguem até à vida adulta intermédia (American Psychiatric Association, 2014).

Os fatores de risco vasculares incluem a hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo e obesidade (Dubois, 2021). Os fatores nutricionais estão relacionados com o excesso de ácidos gordos polinsaturados, deficiência de ácido fólico ou de vitamina B12 (Dubois, 2021).

Os fatores de risco ambientais estão relacionados com o baixo nível de educacional, ou seja, o risco de doença aumenta nos indivíduos de menor escolaridade e baixo nível socioeconómico (Freitas & Py, 2016).

Ainda hoje a fisiopatologia da doença de Alzheimer não é claramente conhecida. Esta doença está principalmente relacionada com a formação de placas amiloides fora da célula nervosa, devido à clivagem da proteína precursora amiloide em amiloide único neurotóxico, unidades designadas por amiloide-beta peptídeos (Alam, 2022).

De igual modo o desenvolvimento desta patologia neurodegenerativa está relacionado com o aparecimento de emaranhados neurofibrilares dentro das células nervosas devido à acumulação de filamentos de proteínas tau-fosforiladas (Alam, 2022), o que resulta na redução da libertação

de acetilcolina, daí a necessidade de utilização de fármacos antidepressivos inibidores de acetilcolinesterase.

O hipocampo é a principal estrutura da memória e uma das primeiras zonas do cérebro a ser afetada por esta doença. Deste modo, a memória comprometida, que se vai deteriorando com o evoluir da doença, é uma manifestação clínica na doença de Alzheimer (Shallie et al., 2020).

Habitualmente a doença de Alzheimer desenvolve-se a partir dos 60 anos de idade, embora haja registo de casos, raros, de pessoas afetadas aos 30 anos de idade. O desenvolvimento da doença é insidioso, progressivo e gradual, em geral, num período de 8 a 12 anos. Contudo a velocidade de progressão da doença pode variar entre períodos muito curtos de cerca de 2 anos, até períodos mais longos que podem chegar aos 25 anos (Freitas & Py, 2016).

Numa fase inicial, no que se refere à memória de evocação, verifica-se dificuldade da pessoa em recordar datas, acontecimentos, nomes familiares, fatos recentes, que podem ser acompanhados pela incapacidade de reconhecer a doença ou a consciência para o deficit cognitivo (anagnosia). Alguns doentes apresentam alterações da linguagem precoces, tais como a dificuldade em encontrar palavras. São frequentes as dificuldades no trabalho, para lidar com situações complexas e para as novas aprendizagens (Freitas & Py, 2016).

Com o evoluir da doença acentuam-se os deficits de memória surgindo a afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoconstrutivas. Os distúrbios da linguagem progridem para dificuldades de acesso léxico, vocabulário pobre, parafrases semânticas e fonémicas, perda de conteúdo, dificuldade de compreensão, entre outros (Freitas & Py, 2016).

Com a progressão do declínio cognitivo a memória remota fica comprometida. A capacidade para realizar cálculos, abstrações, resolver problemas, organizar, planear tarefas por etapas, ou seja, o funcionamento executivo, fica seriamente comprometido (Freitas & Py, 2016).

Os sintomas neuropsiquiátricos não cognitivos característicos desta doença podem ser a agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetidos, as reações catastróficas, os distúrbios do sono (insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano) e o “síndrome do entardecer” (Freitas & Py, 2016).

É fundamental determinar que as dificuldades sentidas pela pessoa estejam mais relacionadas com o declínio cognitivo do que com as limitações motoras ou sensoriais próprias da idade (American Psychiatric Association, 2014).

Os estudos de imagem diagnóstica são de considerar para distinção para subtipos etiológicos, nomeadamente a ressonância magnética e a tomografia por emissão de positrões (American Psychiatric Association, 2014).

Os biomarcadores atualmente disponíveis (níveis elevados de tau total e de tau fosfato no líquido cerebrospinal, entre outros), não estão totalmente validados para o diagnóstico de

doença de Alzheimer (American Psychiatric Association, 2014).

Tendo em conta que a doença de Alzheimer não tem cura conhecida até ao momento, o seu tratamento tem como objetivo minimizar os sintomas da doença, possibilitando uma melhoria parcial de forma a prolongar a sobrevida e atrasar a evolução da doença (Rayanne et al., 2021).

Deste modo, os fármacos disponíveis atualmente permitem atrasar ou estagnar a evolução dos sintomas com impacto nos déficits cognitivos, alterações de comportamento e melhoria na qualidade de vida do doente e família (Rayanne et al., 2021).

Assim, as indicações definidas para a terapia farmacológica desta doença visam a inibição da degradação da acetilcolina (por ação da enzima acetilcolinesterase) ou o bloqueio dos recetores de glutamato. Pretende-se aumentar a atividade colinérgica e diminuir a hiperatividade do neurotransmissor excitatório glutamato nas regiões do córtex e hipocampo (Cazarim, et al., 2016 cit. por Rayanne et al., 2021).

Os fármacos inibidores da acetilcolinesterase são o donepezilo, galantamina e rivastigmina. Podem ser utilizados isoladamente ou em associação com a memantina, antagonista dos recetores da NMDA (N-metil d-aspartato). Do mesmo modo, a memantina também pode ser utilizada isoladamente (Rayanne et al., 2021). No entanto, a sua associação com o donepezilo permite melhoria cognitiva ligeira, redução do declínio para a realização de atividades de vida diária e aparecimento de sintomas neurocognitivos menos frequentes (Freitas & Py, 2016).

Os efeitos secundários destes fármacos habitualmente estão relacionados com o aumento da dosagem, pelo que este deve ser lento e gradual. Os mais frequentes são as náuseas, vómitos, dor abdominal, diarreia, entre outros. (Freitas & Py, 2016).

Estudos revelam que a deterioração cognitiva leva ao aparecimento de sintomas neurocognitivos. Estes incluem sintomas afetivos como a ansiedade, depressão, apatia e euforia; sintomas psicóticos como delírios, alucinações e agitação e por último podem surgir sintomas comportamentais como a desinibição e movimentos bizarros (Wenqi et al., 2021).

Os sintomas afetivos (depressão, ansiedade e apatia) estão relacionados com alterações da memória episódica. Sintomas psicóticos (alucinações e delírios) estão muitas vezes relacionados com alterações da linguagem, atenção e função executiva (Wenqi et al., 2021).

No que se refere às intervenções não farmacológicas da doença de Alzheimer, estas devem ter por principal objetivo a melhoria da qualidade de vida do idoso doente e da sua família (Sequeira, 2018).

Algumas destas intervenções podem ser executadas quer por profissionais, quer pelos cuidadores familiares, quando instruídos e treinados para o efeito. Assim mesmo, os cuidadores familiares são parceiros na equipe de cuidados à pessoa com doença de Alzheimer. Porém, quer uns quer outros devem evitar atitudes que se traduzam na despersonalização dos doentes, tais

como: representações que conduzem o doente à satisfação da vontade de terceiros; desempoderamento quando o doente ainda tem capacidade para desempenhar determinadas atividades; infantilização; intimidação; estigmatização; desrespeito pelo ritmo do doente; tratar a pessoa como um simples corpo vazio, entre outras (Silva et al., 2023). Pelo contrário, são de realçar boas práticas tais como valorizar o respeito pela pessoa; envolvimento; dignidade; liberdade de opinião; compreensão; tolerância e cooperação com a pessoa com doença de Alzheimer (Silva et al., 2023).

Estas intervenções incluem estimulação multissensorial, reabilitação cognitiva, massagem, toque, terapia de validação, destacando-se a estimulação cognitiva (Silva et al., 2023).

Segundo Dubois a disponibilidade de cuidados multidisciplinar pode ter grande impacto na qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores (Dubois, 2021). Especificamente no que se refere aos cuidados de enfermagem, estes consistem em instruir sobre técnicas facilitadoras do desempenho de algumas atividades de vida diárias, fornecer informação ao cuidador sobre a demência (numa fase inicial), necessidade de adesão ao regime terapêutico e no apoio ao papel do cuidador, entre outros (Sequeira, 2018).

Neste sentido as intervenções de enfermagem que visam a otimização do papel do cuidador devem ser privilegiadas e desenvolvidas num ambiente que permita a escuta ativa aos cuidadores (Sequeira, 2018).

Uma das intervenções de enfermagem mais relevantes para a intervenção em idosos com doença de Alzheimer é a estimulação cognitiva. Vários estudos sugerem que esta intervenção está associada a baixo risco de comprometimento cognitivo, deve ter início o mais precocemente possível, aumenta a reserva cognitiva e tem fator protetor no que se refere ao declínio, atraso no aparecimento e dependência no autocuidado (Silva et al., 2023).

Esta intervenção pode ser realizada individualmente, embora com frequência seja executada por um profissional de saúde, em grupo (Silva et al., 2023). Do mesmo modo, para colmatar algumas dificuldades de acesso a esta intervenção, os cuidadores podem ser capacitados para desenvolverem atividades dentro de um programa de estimulação cognitiva, no domicílio, como parceiros de cuidados à pessoa com doença de Alzheimer (Silva et al., 2023).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 77 anos | Feminino

Cuidador

17-02-2023 14:15

Nome do cuidador: X.

Data de nascimento do cuidador: 01-01-1983.

Parentesco: Filha / Filho.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

Família

17-02-2023 14:15

Família nuclear.

Presença de animal doméstico.

Papel do cliente na família: Organizador do funcionamento da casa.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-17 14:15:00	Bisoprolol 5mg 1+0+0	2023-03-08 16:33:00
2023-02-17 14:15:00	Atorvastatina 10mg 0+0+1	2023-03-08 16:33:00
2023-02-17 14:15:00	Lisinopril+HCTZ 10+12,5mg 1+0+0	2023-03-08 16:33:00
2023-02-17 14:15:00	Donepezilo 10mg 0+0+1	
2023-03-08 16:33:00	Bisoprolol 5mg 1/2+0+0	
2023-03-08 16:33:00	Atorvastatina 10mg 0+0+1	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Donepezilo - Donepezilo é um inibidor reversível da acetilcolinesterase de acção central.

Utilizado no tratamento da doença de Alzheimer, onde é usado para aumentar a acetilcolina cortical, pelo aumento da concentração de acetilcolina através da inibição reversível de sua hidrólise pela acetilcolinesterase. Donepezilo foi testado noutras alterações cognitivas, incluindo demência de Lewy e demência vascular, mas não está atualmente aprovado para estas indicações. Também foi estudado em doentes com comprometimento cognitivo leve, esquizofrenia, transtorno de déficite de atenção, diminuição de bypass coronário pós- cognitivo, comprometimento cognitivo associado com a esclerose múltipla e síndrome de Down. Donepezilo está contraindicado em doentes com hipersensibilidade conhecida ao cloridrato de donepezilo, a derivados da piperidina.

Podem ocorrer alterações psiquiátricas tais como alucinações (visuais e auditivas), agitação, comportamento agressivo e alterações do sono.

Bisoprolol - O Bisoprolol pertence a um grupo dos bloqueadores beta.

Está indicado no tratamento da hipertensão, tratamento da angina crónica estável tratamento da insuficiência cardíaca crónica estável com diminuição da função sistólica ventricular esquerda, em associação a inibidores da enzima ECA, diuréticos e glicosidos cardíacos.

É contraindicado em doentes com insuficiência cardíaca crónica com insuficiência cardíaca aguda ou durante os episódios de descompensação da insuficiência cardíaca que requerem uma

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

terapêutica inotrópica intravenosa, choque cardiogénico, bloqueio aurículo-ventricular de segundo ou terceiro grau (sem pacemaker), síndrome do nódulo sinusal, bloqueio sino-auricular, bradicardia sintomática, hipotensão sintomática, asma brônquica grave ou doença pulmonar obstrutiva crónica grave, fases terminais da doença oclusiva arterial periférica e síndrome de Raynaud, feocromocitoma não tratado, acidose metabólica, hipersensibilidade ao bisoprolol.

Podem surgir alterações do foro psiquiátrico: alterações do sono, depressão (pouco frequentes); pesadelos, alucinações(raros).

Atorvastatina - Atorvastatina é um fármaco da classe das estatinas, utilizada no tratamento da dislipidémia e prevenção de doenças cardiovasculares.

Está contraindicada na hipersensibilidade a dihidropiridinas, ou à atorvastatina, doença hepática ativa ou elevações inexplicáveis persistentes das transaminases séricas que ultrapassem 3 vezes o limite superior do normal, hipotensão grave, choque (incluindo choque cardiogénico), obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (p. ex., estenose aórtica de elevado grau), insuficiência cardíaca hemo dinamicamente instável após enfarte agudo do miocárdio, gravidez e aleitamento e em mulheres de idade fértil que não utilizem medidas contraceptivas apropriadas, uso concomitante com itraconazol, cetoconazol e telitromicina.

Podem ocorrer alterações psiquiátricas tais como alterações do sono, alterações do humor, ansiedade, depressão, tremores, pesadelos e perda de memória.

Lisinopril + HCTZ - O Lisinopril + HCTZ é uma combinação dos medicamentos lisinopril, um inibidor da enzima de conversão angiotensina (ECA), e hidroclorotiazida, um diurético. É utilizado no tratamento da hipertensão arterial. Os dois componentes, o inibidor da ECA e o diurético, apresentam modos complementares de ação e exercem um efeito anti hipertensor aditivo.

Está contraindicado na hipersensibilidade ao lisinopril ou a qualquer outro inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ECA), hipersensibilidade à hidroclorotiazida ou a outros fármacos derivados da sulfonamida, historial de angioedema relacionado com tratamento anterior com um inibidor da ECA, angioedema hereditário ou idiopático, segundo e terceiro trimestre de gravidez, compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min), anúria, compromisso hepático grave e administração concomitante com aliscireno em doentes com diabetes.

Os efeitos indesejáveis mais frequentes são tosse, tonturas, hipotensão e cefaleia, que podem ocorrer em 1 a 10% dos doentes tratados. Os efeitos indesejáveis são geralmente leves e transitórios e, na maioria dos casos, não exigem a interrupção da terapêutica.

Da utilização de Lisinopril podem ocorrer alterações do foro psiquiátrico, tais como alterações de humor, sintomas depressivos (pouco frequentes) e confusão mental (raras vezes).

Da utilização de Hidroclorotiazida não é conhecida a frequência com que ocorrem efeitos indesejáveis (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Podem ocorrer alterações psiquiátricas tais como agitação, depressão e alterações do sono.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-02-2023 14:15	Memória	
17-02-2023 14:15	Cuidar da higiene pessoal	
17-02-2023 14:15	Alimentar-se	
17-02-2023 14:15	Organização do funcionamento da casa	
17-02-2023 14:15	Vestir-se ou despir-se	
08-03-2023 16:33	Autogestão do regime medicamentoso	
08-03-2023	16:33 Sistema cardiovascular	

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

Pela análise da entrevista clínica realizada com o cuidador, identificamos como: mulher,

- 77 anos;
- 4º ano de escolaridade;
- várias cirurgias anteriores;
- antecedentes de hipertensão arterial e dislipidémia;
- doença de Alzheimer diagnosticada há cerca de 5 anos;
- memória: apresenta-se desorientada no tempo e no espaço; apresenta 19/100 pontos na escala de avaliação de Addenbrooke Cognitive Examination:
- cuidar da higiene pessoal: não cuida de higiene pessoal de forma autónoma;
- organização do funcionamento da casa: incapaz de executar tarefas domésticas;
- vestir-se ou despir-se: não consegue retirar roupas das gavetas;
- autogestão do regime medicamentoso: incapaz de gerir a sua medicação;
- aceita os cuidados que lhe são prestados;
- participa nas atividades de vida diária se for estimulada e orientada;
- participa nas sessões de estimulação cognitiva;
- não apresenta sofrimento relacionado com as suas falhas mnésicas;
- apresenta padrão de pressão sanguínea instável;
- o seu estado de degradação neurocognitivo não permite o regresso ao domicílio, além das dificuldades que o cônjuge apresenta dado o agravamento do seu estado de saúde;

Atendendo que o cuidador principal, detém os conhecimentos necessários e adequados, somos do entendimento que alguns conceitos e intervenções básicas, tais como as relacionadas com a arritmia e hipotensão não necessitam de ser abordadas / exploradas com o mesmo. Por outro lado, esta condição cardiovascular já foi diagnosticada há vários anos, pelo que o cuidador conhece a sua evolução.

Verificou-se, durante vários dias, alteração no padrão da pressão sanguínea e das características do pulso, pelo que houve necessidade de conduzir esta pessoa à urgência do hospital, por agravamento da sua condição cardiovascular, para realização de exames e ajuste da terapêutica.

Por conseguinte foram introduzidas intervenções de enfermagem relacionadas com a pressão sanguínea e arritmia, por agravamento destes padrões e ajuste de terapêutica.

No que se refere à gestão do regime medicamentoso, considerando que a doente está internada, não é possível avaliar a sua capacidade para preparar e administrar a sua terapêutica. No entanto, segundo os dados recolhidos na entrevista clínica com o cuidador, o cônjuge fazia a gestão do regime medicamentoso da doente e esta não recusava a medicação.

Assim, a gestão do regime medicamentoso foi abordada com o cuidador no primeiro momento em que se ponderou a possibilidade de alta clínica. Pelo agravamento do estado de saúde do cônjuge a doente não deverá regressar ao domicílio.

4.5. Dados

Sistema cardiovascular

08-03-2023 16:33

Localização do Pulso

Antebraço Direita(o)

Pulso de amplitude mediana e irregular.

Pulso arritmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 45 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 45 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Conhecimento do cuidador sobre hipertensão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre complicações da hipertensão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

Arritmia

Conhecimento do cuidador sobre arritmia: facilitador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Hipotensão

Conhecimento do cuidador sobre hipotensão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre complicações da hipotensão: facilitador.

Capacidade do cuidador para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

Memória

17-02-2023 14:15

Capacidade para adquirir informação: Dificuldade.

Capacidade de recuperar informação: Dificuldade.

Desorientação face às pessoas.

Desorientação no espaço.

Desorientação no tempo.

Memória comprometida

Confusão

08-03-2023 16:33

Capacidade para adquirir informação: Dificuldade [MANTEVE].

Capacidade de recuperar informação: Dificuldade [MANTEVE].

Desorientação no espaço [MANTEVE].

Desorientação no tempo [MANTEVE].

Desorientação face às pessoas [MANTEVE].

Conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estimulação cognitiva, necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre terapia de orientação para a realidade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estimulação cognitiva

Cuidar da higiene pessoal

17-02-2023 14:15

Não obtém objetos para o banho.

Não abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo.

Não lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Pente de cabo longo - Não se penteia.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

08-03-2023 16:33

Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Não abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo [MELHOROU].

Não lava a cavidade oral [MANTEVE].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas [MANTEVE].

Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Vestir-se ou despir-se

17-02-2023 14:15

Não escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste todas as peças de roupa.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido

08-03-2023 16:33

Não escolhe as roupas [MANTEVE].

Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa [MANTEVE].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Calça as meias [MANTEVE].

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Alimentar-se

17-02-2023 14:15

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

Alimentar-se comprometido

08-03-2023 16:33

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Autogestão do regime medicamentoso

08-03-2023 16:33

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Caixa de comprimidos - Não organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Não prepara a medicação conforme a dose.

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Memória comprometida

Objetivos:

- Determinar a evolução da memória;
- Promover a manutenção da memória;

Confusão

Objetivos:

- Determinar a evolução da confusão;
- Promover a orientação;

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Objetivos:

- Determinar a evolução do cuidar da higiene pessoal;
- Promover a higiene pessoal;

Vestir-se ou despir-se comprometido

Objetivos:

- Determinar a evolução do vestir-se ou despir-se;
- Promover o vestir-se ou despir-se;

Alimentar-se comprometido

Objetivos:

- Determinar a evolução de alimentar-se;
- Promover alimentar-se;

Arritmia

Objetivos:

- Determinar alterações nas características do pulso;

Hipotensão

Objetivos:

- Determinar alterações nos parâmetros da pressão sanguínea;

4.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Memória comprometida

Indicadores de resultado:

- Que a doente recorde uma de três informações imediatas com precisão;
- Que a doente recorde uma de três informações recentes com precisão;
- Que a doente recorde uma de três informações remotas com precisão;

Confusão

Indicadores de resultado:

- Que a doente verbalize orientação no tempo ou no espaço;
- Que a doente localize infraestruturas: quarto e casa de banho;

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Indicadores de resultado:

- Que a doente mantenha a capacidade de entrar e sair do chuveiro;
- Que a doente verbalize conforto após cuidados de higiene;

Vestir-se ou despir-se comprometidos

Indicadores de resultado:

- Que a doente utilize o vestuário adequado à estação do ano;
- Que a doente identifique as partes do corpo que deve cobrir com pelo menos duas peças de roupa diárias;

Alimentar-se comprometido

Indicadores de resultado:

- Que a doente se alimente de pelo menos 2/3 da refeição;
- Que a doente utilize, de forma adequada, pelo menos dois talheres;
- Que a doente utilize, de forma adequada, o copo da água;

Arritmia

Indicadores de resultado:

- Que se determine precocemente alterações no ritmo cardíaco;

Hipotensão

Indicadores de resultado:

- Que se determine precocemente alterações na pressão sanguínea;

4.6. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

08-03-2023 16:33

Arritmia

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Referenciar arritmia ao médico [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Hipotensão

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS]

Memória

17-02-2023 14:15

Memória comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 14:15 - Avaliar evolução da memória [1 x mês]

17-02-2023 14:15 - Executar estimulação cognitiva [3 x semana]

Confusão

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 14:15 - Avaliar evolução da orientação [1 x semana]

17-02-2023 14:15 - Executar terapia de orientação para a realidade [1 x semana]

17-02-2023 14:15 - Executar terapia de validação [SOS]

08-03-2023 16:33

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [1 x semana]

08-03-2023 16:33 - Ensinar cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [1 x semana]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1 x semana]

08-03-2023 16:33 - Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1 x semana]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1 x semana]

08-03-2023 16:33 - Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1 x semana]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estimulação cognitiva

Intervenções de Enfermagem

08-03-2023 16:33 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estimulação cognitiva [1 x semana]

08-03-2023 16:33 - Ensinar cuidador sobre estimulação cognitiva [1 x semana]

Cuidar da higiene pessoal

17-02-2023 14:15

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 14:15 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1 x semana]

17-02-2023 14:15 - Assistir no tomar banho [1 x dia]

17-02-2023 14:15 - Assistir no arranjar-se [SOS]

17-02-2023 14:15 - Assistir no uso do sanitário [SOS]

17-02-2023 14:15 - Arranjar o cliente [1 x dia e em SOS]

17-02-2023 14:15 - Lavar cavidade oral [2 x dia e em SOS]

Vestir-se ou despir-se

17-02-2023 14:15

Vestir-se ou despir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 14:15 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1 x semana]

17-02-2023 14:15 - Assistir no vestir-se ou despir-se [2 x dia e em SOS]

Alimentar-se

17-02-2023 14:15

Alimentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 14:15 - Avaliar evolução do alimentar-se [1 x semana]

17-02-2023 14:15 - Assistir no alimentar-se [6 x dia]

Autogestão do regime medicamentoso

08-03-2023 16:33

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

4.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Decorrente da análise dos dados recolhidos na entrevista clínica com o cuidador, da informação clínica de agravamento da doença de Alzheimer, bem como pelo score obtido no instrumento de avaliação cognitiva utilizado, a nossa opção terapêutica foi a estimulação cognitiva, uma vez que o seu objetivo é capacitar a pessoa / cuidador para reduzir e superar os défices cognitivos, proporcionando melhoria significativa na qualidade de vida. Esta intervenção psicoterapêutica de enfermagem visa dar resposta ao diagnóstico de enfermagem de "*Cognição Comprometida*" quando se verifica mais do que uma função cognitiva alterada.

Neste sentido, optou-se por uma abordagem individual, não só pelo facto de que na unidade não se encontravam outros doentes com este diagnóstico de enfermagem, mas também tendo em conta que o objetivo da intervenção individual é ajudar a pessoa a manter as suas capacidades

cognitivas reminiscentes e a manter-se orientado no seu ambiente, promovendo a sua funcionalidade e autonomia.

Assim sendo, foram planeadas seis sessões de estimulação cognitiva, com vista a uma estimulação geral da cognição, com exercícios que estimulam vários domínios, uma vez que a cognição desta pessoa está globalmente comprometida.

Cada sessão foi planeada para uma duração de 45-60 minutos, delas fazem parte o cumprimento inicial, explicação do funcionamento da sessão, desenvolvimento das diversas atividades, resumo da sessão com explicação dos domínios cognitivos, funções motoras que foram estimuladas e seus benefícios, agradecimento da participação da doente e avaliação da intervenção.

No que se refere à primeira sessão, esta foi planeada com o intuito de proporcionar momentos de prazer e satisfação da doente pela estimulação multissensorial de forma a promover a relação terapêutica bem como a socialização.

Por outro lado, a penúltima sessão foi, propositadamente, planeada com atividades menos ativas, no que se refere à motricidade, estimulando de forma mais intensa a atenção e a linguagem.

Nesta sessão não foi possível realizar todas as atividades planeadas pois a pessoa alvo de cuidados mostrou-se muito cansada e a colaborar sem interesse. De realçar que no decorrer desta sessão esta pessoa encontrava-se a saborear um chupa-chupa oferecido por outro doente da unidade. Quando terminou o chupa-chupa, terminou o seu envolvimento nas atividades e a sessão teve de ser interrompida.

Esta observação permitiu-nos perceber que a doente mantém a capacidade de realizar duas tarefas em simultâneo, ainda que com ajuda, sendo que uma das atividades é absolutamente prazerosa para a pessoa (saborear doces). Assim, não foi possível avaliar se se mantém esta mesma capacidade caso ambas as atividades fossem de pouco interesse para a pessoa.

Foi planeada uma nova sessão apenas com as atividades em falta, mas esta não se realizou uma vez que a doente apresentou quadro de descompensação cardíaca e foi conduzida à urgência do hospital. Quando regressou não apresentava condições físicas adequadas a uma sessão com esta exigência.

Importa referir que desde a primeira sessão, foi para nós muito claro que, além do cumprimento inicial, a doente beneficiaria com a boa prática de orientação para a realidade.

Deste modo, em todas as sessões, além de referirmos o nosso nome e atividade profissional, fornecemos informação relativa à orientação no tempo, no espaço, no conhecimento que o filho tinha sobre o local onde a mãe se encontrava, bem como informamos que havia conhecimento dos contactos do filho e marido para troca de informações, nomeadamente no que se refere à

alta clínica.

Este conjunto de informações tinha efeito tranquilizador na pessoa alvo de cuidados, o que lhe permitiu envolver-se mais ativamente nas atividades propostas.

De realçar, ainda, que foi por nós construída uma caixa composta por diversos materiais didáticos utilizados nas sessões de estimulação cognitiva. Esta caixa foi revestida com materiais de diferentes cores e texturas, de forma a que, ela própria, fosse elemento de estimulação (Anexo VI, VII, VIII, IX).

Foi solicitado à pessoa que experimentasse tocar as várias superfícies da caixa, atividade que repetiu várias vezes com entusiasmo. Identificou cores, por vezes com ajuda e distinguiu texturas, sem dificuldade. A superfície que mais gostou foi a da tampa da caixa pois sentia cócegas nas mãos.

De acordo com a avaliação de cada uma das sessões de estimulação cognitiva realizadas com esta pessoa verificou-se que todos os domínios estimulados estão francamente comprometidos, contudo participou ativamente e de forma prazerosa nas atividades, o que se traduz numa mais valia das mesmas.

Analisando as atividades, estratégias e pressupostos que foram tidos em conta na planificação destas sessões de estimulação cognitiva, constatamos que esta intervenção psicoterapêutica de enfermagem implica uma avaliação inicial da pessoa alvo de cuidados de forma cuidada e pormenorizada. Desta avaliação provêm os dados que determinam, não só os domínios afetados, mas também as preferências da pessoa, no que diz respeito às atividades a implementar.

Sem dúvida que é primordial estabelecer uma relação terapêutica sólida, conhecer e explorar o contexto sociofamiliar e profissional da pessoa, para, assim, poder desenvolver atividades que incluam informações do seu quotidiano.

Por exemplo, foi para nós possível perceber que a pessoa tinha grande apreço pelos bailes que frequentava na juventude, juntamente com o seu marido. Assim, estimular a memória com recurso à música da época, bem como à visualização de danças características da sua região, traduziu-se numa experiência que proporcionou momentos de bem-estar à pessoa, mostrando-se capaz de recordar alguns eventos com pormenor.

Outra atividade que a pessoa referiu ser do seu agrado são os trabalhos manuais, nomeadamente a malha (confecionava meias para os amigos usarem no inverno), os bordados (bordava pequenas toalhas para oferecer às amigas que colaboravam na sua vindima) e o crochet (confecionava toalhas e almofadas para decorar a própria casa).

De forma a prolongar o estímulo a pessoa foi encaminhada para a terapia ocupacional, com a indicação de desenvolver estas atividades, desde que adequadas à sua condição física. Aderiu

com gosto e mostrou-se capaz, não só, de fazer malha sem recurso a desenho impresso, mas também conseguiu combinar várias cores de forma adequada.

Estas informações foram confirmadas com o cuidador, que corrigiu alguns pormenores e transmitiu outros que se revelaram preciosos para o desenvolvimento de outras atividades relacionadas com o contexto profissional da pessoa, mas sempre com o objetivo de estimular a cognição.

Sem dúvida que o envolvimento da família / cuidador é de suma importância, quer pelo conhecimento de dados biográficos da pessoa, quer pelo conhecimento das suas histórias de vida. Estas informações permitem ao EEESMP desenvolver intervenções psicoterapêuticas de enfermagem individualizadas, centradas nas necessidades de cuidados de enfermagem daquela pessoa em particular, permitindo atingir os objetivos propostos, mais não seja, o bem estar da pessoa durante a sessão de estimulação cognitiva.

Naturalmente a planificação destas sessões implica, não só pesquisa e atualização do conhecimento teórico, mas também a observação permanente e atenta da linguagem verbal e não verbal da pessoa. Deste modo o EEESMP deve desenvolver a sua capacidade de observação quer do desempenho da atividade, quer do envolvimento e satisfação da pessoa, nomeadamente através da observação da expressão facial, expressão corporal, tom de voz, delicadeza dos gestos, etc.

Ao longo do processo de planificação das várias sessões a nossa maior dificuldade foi assegurar que as atividades a implementar seriam as mais adequadas para estimular cada um dos domínios, tal como proposto nos objetivos da cada sessão. Por outro lado, criar, reproduzir ou adaptar as atividades revelou-se, para nós, uma tarefa prazerosa, de estímulo à imaginação, sem qualquer grau de dificuldade.

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

- Avaliar capacidade de vestir e despir de forma autónoma;

Assistir no vestir-se ou despir-se

- Providenciar roupa e calçado;
- Orientar o cliente para vestir e despir a roupa de forma adequada;
- Assistir o cliente a vestir-se e despir-se;

Assistir no tomar banho

- Providenciar produtos de higiene;

- Encorajar a pessoa a participar no banho, se apropriado;
- Orientar para a utilização correta dos produtos de higiene;
- Orientar a utilização do chuveiro;

Lavar cavidade oral

- Orientar para a localização do WC;
- Providenciar produtos de higiene oral;
- Instruir para a utilização dos produtos de higiene oral;
- Encorajar a pessoa a participar na higiene da cavidade oral;

Avaliar evolução do alimentar-se

- Avaliar capacidade de se alimentar de forma autónoma;
- Avaliar capacidade de ingestão de quantidade adequada de alimentos e líquidos;
- Avaliar capacidade de utilização dos talheres de forma adequada;
- Avaliar capacidade de levar comida à boca de forma adequada;
- Avaliar capacidade de levar o copo à boca de forma adequada;

Assistir no alimentar-se

- Providenciar utensílios necessários à alimentação;
- Orientar para a utilização adequada dos utensílios;
- Vigiar alimentação;

Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

- Avaliar capacidade para realizar cuidados de higiene pessoal de forma autónoma;

Assistir no arranjar-se

- Incentivar arranjo de roupa e calçado de forma apropriada;

Assistir no uso do sanitário

- Orientar para a localização do sanitário;
- Proporcionar privacidade durante a eliminação;
- Colaborar no uso do sanitário;

Avaliar evolução da memória

- Aplicar instrumentos de avaliação de memória;

Avaliar evolução da orientação

- Monitorizar o nível de orientação;
- Monitorizar ocorrência de mudanças na orientação;

Executar terapia de orientação para a realidade

- Tratar o doente pelo nome ao iniciar a interação com o mesmo;
- Aproximar-se do doente devagar e pela frente;
- Interagir com o doente de forma calma;
- Falar com ritmo, volume e tom de voz adequados;
- Fazer uma pergunta / afirmação de cada vez;
- Fornecer orientação ao doente no tempo e no espaço;

- Oferecer ambiente físico e rotina regular;
- Providenciar objetos familiares, se adequado;
- Dar acesso a eventos atuais através da televisão e de jornais;
- Avaliar mudanças na orientação;

Executar terapia de validação

- Escutar o doente com empatia;
- Evitar corrigir ou contradizer as percepções e experiências do doente;
- Aceitar a realidade do doente;
- Falar com o doente utilizando a sua linguagem ;
- Fazer perguntas objetivas que não perturbem o doente;
- Evitar o uso de palavras que demonstrem juízos de valor;
- Manter contacto ocular com o doente;
- Utilizar toque terapêutico no ombro, no braço ou na mão;
- Relacionar o comportamento do doente com necessidade de conforto e segurança;

Arranjar o cliente

- Executar arranjo do cliente;

Executar estimulação cognitiva

- Estimular a memória pela repetição do último pensamento que o cliente expressou, conforme apropriado;
- Estimular a memória com recurso à reminiscência, conforme apropriado;
- Implementar técnicas de memorização apropriadas, com imagens visuais, jogos de memória, técnicas de associação, elaboração de listas, utilização de computador, etiquetas com nomes e ensaio de informações;
- Auxiliar nas tarefas de aprendizagem associadas, com recurso a recordação de informações verbais e pictóricas, conforme apropriado;
- Providenciar treino de orientação, com recurso a orientação no tempo e no espaço;
- Potenciar a concentração com recurso a jogos de combinação de pares, conforme apropriado;
- Potenciar a memória de eventos recentes ;
- Proporcionar memória de reconhecimento de fotos e imagens, conforme apropriado;
- Encaminhar à terapia ocupacional, conforme apropriado;
- Encorajar o cliente a participar em programas de grupo para treino de memória, conforme apropriado;
- Monitorizar o comportamento do cliente durante as sessões de estimulação cognitiva;
- Identificar erros de orientação do cliente e fornecer informação correta, conforme apropriado;
- Monitorizar as mudanças de memória a partir das sessões de estimulação cognitiva;

Referenciar arritmia ao médico

- Referenciar arritmia ao médico;

Referenciar hipotensão ao médico

- Referenciar hipotensão ao médico;

Ensinar cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação

- Instruir cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação;
- Treinar cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação adequadas à pessoa;

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação

- Determinar conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação;

Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão

- Instruir cuidador sobre medidas de segurança face à confusão;
- Treinar cuidador sobre medidas de segurança face á confusão;

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão

- Determinar conhecimento do cuidador sobre medidas face à confusão;

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade

- Determinar conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade;

Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade

- Instruir cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade;
- Treinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade;

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estimulação cognitiva

- Determinar conhecimento do cuidador sobre estimulação cognitiva;

Ensinar cuidador sobre estimulação cognitiva

- Instruir cuidador sobre exercícios de estimulação cognitiva;
- Treinar cuidador sobre exercícios de estimulação cognitiva;

5. CONTEXTO DE COMUNIDADE

5.1. Enquadramento teórico

Mulher de 60 anos de idade, vive com o conjugue, é cuidadora de um dos progenitores com doença de Alzheimer há cerca de 10 anos. É filha única.

Durante cerca de 2 anos os dois progenitores tiveram manifestações da doença de Alzheimer, em simultâneo, até que um deles faleceu na sequência de doença oncológica.

Há cerca de 4 anos abdicou da atividade profissional, tendo em conta o estadio grave da doença de Alzheimer da pessoa cuidada, pelo que não auferir de qualquer rendimento próprio.

Não foi capacitada para o papel de cuidadora, foi aprendendo por tentativa e erro. Por vezes pedia informação às equipas de enfermagem de apoio na comunidade que foram cuidando do progenitor (entubação nasogástrica, cinesiterapia respiratória, entre outros).

Refere necessidade de vigilância constante do estado do progenitor por sentir receio do agravamento do estado clínico. Não se proporciona atividades de lazer fora de casa por receio da morte do progenitor.

Reconhece que está exausta, reconhece a necessidade de efetuar algumas alterações no seu dia a dia, de modo a aliviar a sobrecarga enquanto cuidadora, mas mostra-se renitente em iniciar mudanças.

Na sequência da sobrecarga causada pelo seu papel de cuidadora, foi-lhe diagnosticado síndrome depressivo.

Antecedentes pessoais: síndrome depressivo; várias tentativas de suicídio nos últimos 10 anos;

História familiar: Casada; os dois progenitores diagnosticados com doença de Alzheimer.

Segundo DSM-5 a perturbação depressiva major é aquela em que se verificam cinco (ou mais) sintomas num período de duas semanas, com alteração da funcionalidade, em que pelo menos um dos sintomas é humor depressivo ou perda de interesse ou prazer (American Psychiatric Association, 2014).

Estes sintomas podem ser: perda ou aumento significativo de peso; insónia ou hipersónia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou para se concentrar ou indecisão, entre outros (American Psychiatric Association, 2014)

Importa salientar que a depressão não existe isoladamente. Pelo contrário, os seus sintomas são influenciados pela inter-relação de acontecimentos de vida, características da personalidade e

Atendendo ao modelo cognitivo comportamental da depressão, os *stressores* de vida externos, influenciam negativamente os pensamentos causando os sintomas emocionais, físicos e comportamentais da depressão. A relação entre estes vários domínios cria um círculo vicioso, o que mantém a depressão (Christian et al., 2022).

A OMS estima que 5% dos adultos sofram de depressão (cerca de 280 milhões de pessoas em todo o mundo) sendo que as mulheres são mais afetadas do que os homens (WHO, 2021).

Segundo dados do Eurostat, em 2019 7,2% dos europeus sofriam de perturbação depressiva persistente. Portugal é o país da União Europeia com maior número de casos - 12,2% da população (Eurostat, 2021). A depressão pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, desde a infância até à idade adulta, com várias manifestações clínicas.

A disfunção serotoninérgica tem sido apontada como a principal causa da depressão, essencialmente devido aos resultados obtidos com a utilização de fármacos que aumentam a concentração deste neurotransmissor na fenda sináptica (Vecchia et al., 2021).

Por outro lado, a discrepância verificada entre o rápido aumento dos níveis de serotonina, obtidos por administração de antidepressivos, e a lenta resposta clínica (habitualmente 2-6 semanas depois do início do tratamento), fragilizam a teoria de que a serotonina será, por ventura, o único mecanismo que interfere na depressão, sugerindo que outros fatores podem estar envolvidos (Vecchia et al., 2021).

O resultado de várias pesquisas demonstra que na depressão estão envolvidos vários mecanismos, não só a alteração serotoninérgica, mas também noradrenérgica, dopaminérgica, sistema glutaminérgico, aumento da inflamação, alterações no eixo hipotálamo – pituitária – supra-renais, alterações vasculares e diminuição da neurogénese e da neuroplasticidade (Dean & Keshavan, 2017). Vários estudos demonstram que estes mecanismos biológicos estão relacionados e interligados (Dean & Keshavan, 2017).

Um dos grupos vulneráveis à depressão são os cuidadores informais atendendo (entre outros) à sua dificuldade em pedir ajuda no cuidado ao seu familiar dependente. Com frequência os cuidadores entendem que a ajuda deve ser dada pela família, no entanto escusam-se a pedi-la para não incomodar / alterar as rotinas diárias dos outros familiares (Losada et al., 2006).

Do mesmo modo, os cuidadores tendem a considerar que mais ninguém consegue proporcionar o seu nível de cuidados ao seu familiar dependente, o que contribui para que não utilizem os recursos existentes na comunidade para apoio aos cuidadores. A continuidade destas crenças sobre o cuidado contribui para o aparecimento / agravamento da raiva, culpa ou tristeza acentuada dos cuidadores, o que se traduz no agravamento da sua sobrecarga física e mental, estas positivamente relacionadas com a depressão nos mesmos (Losada et al., 2006).

No que se refere ao tratamento farmacológico da depressão os antidepressivos são recomendados para a depressão moderada a grave. Quando é prescrito um antidepressivo recomenda-se um Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina (SSRI), tendo em conta a sua ação e o facto de ser bem tolerado. Deve ser ponderado o recuso à eletroconvulsivoterapia (ECT) nas

Contudo o tratamento farmacológico não consegue incidir na variável latente da depressão, uma vez que esta envolve aspetos cognitivos, comportamentais, bem como sintomas físicos que são heterogéneos e variam de pessoa para pessoa (Christian et al., 2022). Deste modo a utilização concomitante de intervenções não farmacológicas podem potenciar a redução / remissão de sintomatologia depressiva, bem como a manutenção do bem-estar psicológico da pessoa.

Neste contexto, a reestruturação cognitiva é uma das técnicas de intervenção frequentemente utilizada. Consiste no pressuposto que a cognição tem uma ação influenciadora na forma como o ser humano se comporta e no que sente (Sequeira & Sampaio, 2020). Segundo Kraft et al. (2022), é definida como um processo ativo de identificação, avaliação e alteração dos pensamentos desadaptativos, para que se tornem mais úteis e funcionais (Kraft et al., 2022).

Trata-se de uma intervenção estruturada, dirigida por objetivos e estratégias de intervenção colaborativa. Foca-se na exploração, avaliação e substituição dos pensamentos ou crenças disfuncionais. Questiona a veracidade das cognições negativas, identificando distorções da forma de pensar, potenciando a reformulação cognitiva mais objetiva e menos negativa (Lavelle et al., 2021).

Sequeira e Sampaio (2020) destacam que o objetivo desta intervenção centra-se no alívio do sofrimento psicológico da pessoa pela alteração da forma como pensa e da forma como interpreta as suas experiências (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta intervenção permite o funcionamento cognitivo desejável, auxiliando a pessoa a alterar modelos comportamentais secundários a processos cognitivos desestruturados, olhando para si e para o mundo de forma mais realista (Bulechek et al., 2010).

Esta intervenção psicoterapêutica, utilizada pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica tem por base um diagnóstico de enfermagem e é eficaz em diversos diagnósticos de enfermagem tais como pensamento comprometido, ideação suicida, humor depressivo, etc (Sequeira & Sampaio, 2020).

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Feminino

Família

10-04-2023 | 11:46

Família alargada.

Família com idosos ou familiar dependente.

Presença de animal doméstico.

Papel do cliente na família: Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares , Cuidador.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-10 11:46:00	Brintelix 20mg - 1+0+0;	2023-04-27 11:00:00
2023-04-10 11:46:00	Atorvastatina 10mg - 0+0+1;	2023-04-27 11:00:00
2023-04-10 11:46:00	Rivotril 2mg - 0+0+1	2023-04-27 11:00:00
2023-04-27 11:00:00	Atorvastatina 10mg - 0+0+1;	
2023-04-27 11:00:00	Vortioxetina 20mg - 1+0+0;	
2023-04-27 11:00:00	Clonazepam 2mg - 0+0+1	

5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Atorvastatina - A Atorvastatina é um fármaco da classe das estatinas, utilizada no tratamento da dislipidémias e prevenção de doenças cardiovasculares.

Está contraindicada na hipersensibilidade a dihidropiridinas, ou à atorvastatina, doença hepática ativa ou elevações inexplicáveis persistentes das transaminases séricas que ultrapassem 3 vezes o limite superior do normal, hipotensão grave, choque (incluindo choque cardiogénico), obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (p. ex., estenose aórtica de elevado grau), insuficiência cardíaca hemo dinamicamente instável após enfarte agudo do miocárdio, gravidez e aleitamento e em mulheres de idade fértil que não utilizem medidas contraceptivas apropriadas, uso concomitante com itraconazol, cetoconazol e telitromicina.

Podem ocorrer alterações psiquiátricas tais como alterações do sono, alterações do humor, ansiedade, depressão, tremores, pesadelos e perda de memória.

Vortioxetina - Antidepressivo indicado na depressão major do adulto.

Está contraindicado em doentes com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes; utilização concomitante com inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) não seletivos ou inibidores seletivos da MAO - A.

Fármaco de metabolização hepática, cujos efeitos adversos mais frequentes são as náuseas (ligeiras a moderadas nas duas primeiras semanas de tratamento), bem como a disfunção sexual.

Clonazepam - Benzodiazepina indicada no distúrbio da epilepsia, transtornos da ansiedade, transtornos do humor, acatísia, vertigens e distúrbios do equilíbrio, entre outros.

Está contraindicado em doentes com hipersensibilidade conhecida ao clonazepam ou a qualquer dos excipientes do medicamento, em doentes com insuficiência respiratória e hepática grave, bem como em doentes com antecedentes de apneia de sono e glaucoma.

As reações adversas mais frequentes são: sonolência, cefaleias, infeção das vias aéreas

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II
superiores, cansaço, depressão, vertigens, irritabilidade, insónia, perda da coordenação de movimentos e da marcha, perda do equilíbrio, náusea, sensação de cabeça leve, sinusite e diminuição da concentração.

As intervenções de enfermagem relacionadas com estes fármacos visam a identificação e atuação atempada em caso de se verificarem reações adversas.

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-04-2023 11:46	Sono	27-04-2023 11:00
10-04-2023 11:46	Emoção	
10-04-2023 11:46	Pensamento	
10-04-2023 11:46	Organização do funcionamento da casa	
10-04-2023 11:46	Autoconceito	27-04-2023 11:00

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

Pela análise da entrevista clínica identificamos os seguintes dados:

- mulher de 60 anos;
- segundo ciclo do ensino superior;
- vive com o marido e um dos progenitores (diagnosticado com doença de Alzheimer há cerca de 10 anos);
- tem filhos;
- atualmente não exerce a sua atividade profissional;
- refere pesadelos frequentes, embora não se recorde do conteúdo, no entanto fazem-na acordar;
- apresenta humor depressivo, labilidade emocional;
- com dificuldades na concentração;
- refere ideias de morte, mas não pensa em matar-se, tendo em conta o papel de cuidadora;
- uma vez que não está a exercer a sua atividade profissional, é responsável por toda a logística associada ao bom funcionamento da casa;
- não apresenta ideias de desvalorização de si própria, reconhece as suas necessidades, mas não as prioriza;
- reconhece que as suas necessidades / prioridades não estão a ser atendidas;
- reconhece que está em sofrimento psicológico e que necessita alterar as suas prioridades;
- reconhece que pode desempenhar o papel de cuidadora de forma menos penosa, se cuidar melhor de si própria;

- refere vontade de regressar à atividade profissional;
- sente falta do convívio social;
- aceita participar ativamente no próprio processo de reestruturação do pensamento;
- recusa utilização de recursos disponíveis na comunidade para descanso do cuidador;
- recusa proporcionar-se momentos de lazer fora de casa por receio do falecimento da pessoa cuidada;
- refere sentir-se culpada por entregar a pessoa cuidada aos cuidados de terceiros para que possa usufruir de momentos de lazer.

5.5. Dados

Sono

10-04-2023 11:46

Sono não reparador e intermitente .

Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

Sono comprometido [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

27-04-2023 11:00

Autoconceito

10-04-2023 11:46

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal (Não).

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não).

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não).

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não).

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não).

Autoconceito [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

27-04-2023 11:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal (Não) [MANTEVE].

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não) [MANTEVE].

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não) [MANTEVE].

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não) [MANTEVE].

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não) [MANTEVE].

Emoção

10-04-2023 11:46

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo.
 Autodesvalorização.
 Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.
 Dificuldade na concentração.
 Pensamentos recorrentes de morte (Não).
 Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).
 Verbalização de ansiedade (Não).
 Inquietação (Não).
 Irritabilidade (Não).
 Pânico (Não).

Humor depressivo

Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.
 Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.
 Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
 Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

27-04-2023 11:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não) [MELHOROU].
 Desesperança e pessimismo (Não) [MELHOROU].
 Autodesvalorização (Não) [MELHOROU].
 Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não) [MELHOROU].
 Dificuldade na concentração [MANTEVE].
 Pensamentos recorrentes de morte (Não) [MANTEVE].
 Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não) [MANTEVE].
 Verbalização de ansiedade (Não) [MANTEVE].
 Inquietação (Não) [MANTEVE].
 Irritabilidade (Não) [MANTEVE].
 Pânico (Não) [MANTEVE].
 Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

Pensamento

10-04-2023 11:46

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não).

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).

Pensou em suicidar-se.

Pensou numa maneira de se suicidar.

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).

Já fez alguma tentativa de suicídio.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento

Ideação suicida

Conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio: facilitador.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida:

necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à ideação suicida: não dificultador.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar significado atribuído à ideação suicida

27-04-2023 11:00

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não) [MANTEVE].

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não) [MANTEVE].

Pensou em suicidar-se [MANTEVE].

Pensou numa maneira de se suicidar [MANTEVE].

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não) [MANTEVE].

Já fez alguma tentativa de suicídio [MANTEVE].

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio

Organização do funcionamento da casa

10-04-2023 11:46

Fazer compras: a família assegura.

Arranjar a casa: a família assegura .

Armazenamento dos alimentos: a família assegura.

Preparação dos alimentos: a família assegura.

Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família assegura.

Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica: a família participa.

Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica: desvalorização.

Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica: tem disponibilidade financeira e sabe como aceder ao serviço.

5.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Sono comprometido

Objetivos:

- Promover sono reparador;
- Promover a adoção de estratégias de promoção do sono;

Autoconceito

Objetivos:

- Manter autoconceito;

Humor depressivo

Objetivos:

- Promover humor eutímico;
- Determinar evolução do humor;

Ideação suicida

Objetivos:

- Determinar a evolução da ideação suicida;
- Que a pessoa expresse, algumas vezes, sensação de esperança;
- Que a pessoa faça planos para o futuro;
- Que a pessoa mantenha relações sociais pelo menos uma vez por semana;
- Que a pessoa obtenha tratamento para a depressão;
- Que a pessoa utilize, periodicamente, serviços de saúde mental disponíveis;

Organização do funcionamento da casa

Objetivos:

- Promover a organização do funcionamento da casa;

Quanto aos objetivos dos diagnósticos de:

- **Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono;**
- **Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo;**
- **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias romotoras do equilíbrio do humor;**
- **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento**

- positivo e o equilíbrio de humor;
- **Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo;**
- **Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso;**
- **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento;**
- **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida;**
- **Potencial para melhorar significado atribuído à ideação suicida;**

destacamos apenas o seu objetivo geral, que é promover e facilitar o processo de transição, uma vez que estes são promotores da evolução para a mestria. Para tal é necessário implementar intervenções que contribuam para a recuperação do equilíbrio e bem-estar da pessoa, tradutores de mudança nos seus padrões de vida.

5.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Sono comprometido

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa verbalize melhoria da qualidade do sono;
- Que a pessoa verbalize sensação de revitalização após o sono;
- Que a pessoa adote estratégias de promoção do sono;

Autoconceito

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa mantenha sentimentos de autovalorização;
- Que a pessoa realize papéis com importância pessoal;

Humor depressivo

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa verbalize melhorias do humor;
- Que a pessoa não apresente sintomatologia associada ao humor depressivo;

Ideação suicida

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa não apresente ideação suicida;

Organização do funcionamento da casa

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa mantenha a coordenação do funcionamento da casa com os outros elementos da família;
- Que a pessoa utilize os serviços comunitários de apoio à organização doméstica;

5.6. Diagnósticos

Sono

10-04-2023 11:46

Sono comprometido [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do sono [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Implementar estratégias de promoção do sono [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Gerir medicação [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre padrão de sono [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Autoconceito

10-04-2023 11:46

Autoconceito [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do autoconceito [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Emoção

10-04-2023 11:46

Humor depressivo

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do humor depressivo [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Executar escuta ativa [1 x semana]

10-04-2023 11:46 - Executar reestruturação cognitiva [2 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Assistir o cliente a planear as atividades de vida diária [SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre humor depressivo [1 x semana e em SOS]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [1 x semana e em SOS]

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo [1 x semana]

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Pensamento

10-04-2023 11:46

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Ensinar sobre estratégias de controlo do pensamento [1 x semana e em SOS]

Ideação suicida

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Avaliar evolução da ideação suicida [1 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

10-04-2023 11:46 - Executar escuta ativa [1 x semana]

10-04-2023 11:46 - Executar reestruturação cognitiva [2 x semana] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida [RESOLVIDO] 27-04-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e ideação suicida [1 x semana e em SOS] [TERMO] 27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar significado atribuído à ideação suicida

Intervenções de Enfermagem

10-04-2023 11:46 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [SOS]

27-04-2023 11:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 11:00 - Ensinar sobre estratégias de prevenção de suicídio [1 x semana e em SOS]

5.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Analisando o caso clínico apresentado, constatamos que esta senhora apresenta humor depressivo na sequência da exaustão que sente, fruto do seu papel de cuidadora.

Reconhece a necessidade de repouso, convívio social e lazer, mas não prioriza estas atividades. A sua única prioridade é o cuidado do progenitor ao seu encargo.

O sofrimento psíquico que sente há vários anos teve como consequência várias tentativas de suicídio, além de recusar a utilização dos recursos na comunidade para descanso do cuidador, pois também não consegue projetar-se no futuro sem a presença do progenitor.

Tendo em conta as manifestações referidas pela pessoa, a nossa opção terapêutica é a reestruturação cognitiva uma vez que o seu objetivo é aliviar o sofrimento psíquico através da modificação dos padrões de pensamento distorcidos.

Foram planeadas cinco sessões de reestruturação cognitiva (Anexo III), com a duração de 45-60 minutos cada uma, a realizar no domicílio da cuidadora, conforme por ela solicitado. No final das sessões verificou-se melhoria do humor depressivo.

Contudo seria de ponderar a utilização concomitante de outras intervenções de enfermagem, tais como o relaxamento (eficaz nas alterações do sono) e escuta ativa (de modo a incentivar a catarse de emoções) no sentido de potenciar os benefícios da reestruturação cognitiva, conforme o desenvolvimento do processo de melhoria da pessoa e atendendo a que esta apresenta outros diagnósticos de enfermagem ativos.

Poderá, mesmo assim, ser necessário redirecionar a intervenção, o que implica avaliação constante da evolução positiva das manifestações da pessoa.

O objetivo primordial será melhorar o humor depressivo e, por conseguinte, a melhoria dos demais diagnósticos elencados. No subcapítulo seguinte será apresentada a especificação das intervenções de Enfermagem.

5.7. Especificação das intervenções

Gerir medicação

- Promover a adesão da pessoa ao regime medicamentoso;
- Identificar medicamentos que a pessoa está a tomar;
- Ajustar horário da medicação às rotinas da pessoa;
- Identificar estratégias facilitadoras da toma da medicação;

Ensinar sobre padrão de sono

- Informar sobre padrão de sono;

Avaliar evolução do sono

- Avaliar qualidade do sono, através de questionamento à pessoa, com recurso a escala de satisfação de 1 a 5 (Nada satisfeito / Muito satisfeito);
- Solicitar automonitorização do número de horas de sono por noite;
- Identificar fatores facilitadores do sono;
- Identificar fatores dificultadores do sono;

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Informar sobre complicações do sono comprometido;

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Informar sobre estratégias de promoção do sono;

Implementar estratégias de promoção do sono

- Identificar os medicamentos para dormir que a pessoa está a tomar;
- Determinar os efeitos dos medicamentos da pessoa sobre o padrão do sono;
- Referenciar recursos auxiliares que promovam o sono (música calma, leitura);
- Orientar a pessoa para evitar alimentos ou bebidas na hora de dormir que interfiram com o sono;
- Auxiliar a pessoa a manter ciclo normal de sono / vigília (ex: limite de ingestão de cafeína);
- Gerir ambiente;

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Estabelecer rotina de registo sobre significado dificultador;

Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

- Monitorizar a utilização de estratégias promotoras do sono;

Avaliar evolução da ideação suicida

- Avaliar evolução da frequência e intensidade da ideação suicida;
- Avaliar percepção da pessoa sobre evolução da ideação suicida: melhor do que no início, igual ou pior;
- Identificar pensamentos e sentimentos subjacentes à ideação suicida;

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor

- Encorajar a pessoa a assumir papel ativo no tratamento e na recuperação;
- Encaminhar para intervenção psicoterapêutica - reestruturação cognitiva;
- Auxiliar a pessoa a identificar pensamentos e sentimentos subjacentes ao humor depressivo;

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor

- Auxiliar a pessoa a identificar pensamentos positivos;
- Auxiliar a pessoa a identificar estratégias promotoras de equilíbrio do humor;

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e ideação suicida

- Auxiliar a pessoa a identificar pensamentos positivos;
- Auxiliar a pessoa a identificar estratégias preventivas da ideação suicida;

Assistir o cliente a planear as atividades de vida diária

- Estabelecer uma rotina para as atividades de vida diária;

Executar escuta ativa

- Privilegiar a escuta em detrimento da fala;
- Demonstrar empatia pela pessoa;
- Clarificar as mensagens através das questões/ feedback na comunicação;
- Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação;
- Identificar os temas predominantes;
- Ficar atento a mensagens e sentimentos não expressados;
- Se adequado, usar toque terapêutico.

Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

- Questionamento sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo;

Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo

- Questionamento sobre fatores concorrentes para o humor depressivo;

Executar reestruturação cognitiva

- Ajudar a pessoa a aceitar o fato de que autoafirmações são mediadores do despertar emocional;
- Ajudar a pessoa a compreender que a incapacidade para atingir comportamentos desejáveis resulta, com frequência, de autoafirmações irracionais;

- Ajudar a pessoa a modificar autoafirmações irracionais para torná-las racionais;
- Indicar estilos de pensamento disfuncional;
- Auxiliar a pessoa na verbalização de emoções dolorosas que a pessoa está a experimentar (raiva, medo, ansiedade, desesperança);
- Auxiliar a pessoa a identificar os *stressores* percebidos que contribuam para o *distress*;
- Auxiliar a pessoa a identificar as próprias interpretações erróneas acerca dos *stressores* percebidos;
- Auxiliar a pessoa a reconhecer a irracionalidade de algumas crenças comparadas à realidade concreta;
- Auxiliar a pessoa a substituir interpretações erróneas por interpretações de situações, eventos e interações stressantes baseadas na realidade;
- Fazer afirmações/perguntas que desafiem a percepção/comportamento da pessoa, conforme apropriado;
- Fazer afirmações que descrevam uma forma alternativa de perceber uma situação;
- Ajudar a pessoa a identificar um sistema de crenças que afete a condição de saúde;
- Fazer uso do sistema normal de crenças da pessoa para perceber a situação de modo diferente

Ensinar sobre estratégias de controlo do pensamento

- Instruir sobre estratégias de controlo do pensamento;
- Treinar estratégias de controlo do pensamento;

Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo

- Questionar sobre evolução do conhecimento sobre humor depressivo;

Ensinar sobre humor depressivo

- Informar sobre humor depressivo;

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Questionar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor;

Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Informar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor;

Avaliar evolução do autoconceito

- Questionamento sobre evolução do autoconceito;

Ensinar sobre estratégias de prevenção de suicídio

- Informar sobre estratégias de prevenção do suicídio;

6. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

6.1. Enquadramento teórico

Pessoa do sexo masculino com 51 anos, referenciado para a equipa de reabilitação psicossocial, proveniente do internamento de psiquiatria, com o diagnóstico de psicose esquizofrénica.

Primeiro surto psicótico aos 29 anos de idade. Ficou incapacitado para o trabalho pelo que foi reformado. Vive sozinho há cerca de 3 anos, após o falecimento de um dos progenitores. Mantém relacionamento amoroso de longa data.

Nem sempre cumpre regime terapêutico, com faltas às consultas de psiquiatria e alteração do horário da medicação aos fins de semana, pois frequenta estabelecimentos de diversão noturna.

É o filho mais novo de frataria de 9. Um dos irmãos é o tutor legal e gere os seus bens e rendimentos; os outros irmãos revezam-se no apoio diário, nomeadamente na vigilância da higiene da habitação e compras de bens de primeira necessidade.

Sem crítica para o agravamento da doença, com queixas de alteração da memória que se tem vindo a agravar ao longo dos anos.

Aplicado os instrumentos Mini Mental State Examination cujo *score* foi 22 e Montreal Cognitive Assessment (MOCA) cujo *score* foi de 24. Concluiu o 6º ano de escolaridade aos 15 anos. Apresenta *scores* mais baixos na atenção, linguagem e evocação.

Refere ocupar-se com pesquisas na internet, tenta aprender inglês com pouco sucesso pois não retém informação, visita amigos e familiares que trabalham na área da restauração, não revela interesse por desempenhar uma atividade específica, nem em aprender um ofício alegando deterioração da memória. Aceita as visitas da equipa de reabilitação psicossocial, mas não reconhece a necessidade das mesmas, encarando-as como um momento social diferente dos demais.

A esquizofrenia é uma doença mental grave com comprometimento de vários domínios comportamentais e cognitivos (Meyer & MacCabe, 2016). Afeta ambos os sexos de igual forma, no entanto os homens são mais suscetíveis de desenvolver a doença (Jauhar et al., 2022).

Esta doença desenvolve-se no início da idade adulta, sendo o pico de incidência nos homens no início dos 20 anos; nas mulheres verifica-se maior incidência também no início dos 20 anos, no entanto a sua curva descende de forma mais gradual, verificando-se novo pico de incidência aos 45 anos e seguintes (Jauhar et al., 2022).

Carateriza-se por sintomas psicóticos tais como alucinações, delírios, discurso e comportamento desorganizados (sintomas positivos), anedonia e isolamento social (sintomas negativos), défices cognitivos com comprometimento de funções executivas e da memória, entre outros (Marder & Cannon, 2019).

A nível mundial, em 2019 a prevalência da esquizofrenia era de 0,3%, em Portugal era de 0,27%. No mesmo período a carga da doença a nível mundial era de 184,1 anos de vida ajustados por incapacidade (disability-adjusted life years - DALYs), em Portugal era de 171,3 (DALYs). A prevalência a nível mundial era superior entre os 35-39 e 40-44 anos, com 0,58%. Já em Portugal a prevalência era superior entre os 40-44 com 0,56% e os 45-49 anos com 0,57% (Dattani et al., 2023).

A etiologia da esquizofrenia não é completamente conhecida. A sua origem será multifatorial, destacando-se a interação de fatores genéticos e ambientais.

Vários estudos realizados com gémeos validam a hereditariedade da esquizofrenia, no entanto referem a necessidade de realização de novos estudos com dados mais precisos, pois constataram-se diferenças quer no diagnóstico, quer no registo do mesmo (Hilker et al., 2018). Contudo estão a ser consideradas várias alterações genéticas que podem estar associadas a um risco acrescido de esquizofrenia. Os genes em causa estarão relacionados com as proteínas intervenientes na neurotransmissão dopaminérgica, serotoninérgica ou glutamatérgica; transmissão sináptica, entre outros processos intracelulares e intercelulares (Melo & Freitas, 2023).

Por outro lado os fatores ambientais incluem: complicações na gravidez e parto (pré-eclâmpsia, malformações congénitas, atonia uterina, entre outras); idade parental avançada; consumo de canábis (entre outras substâncias); migração; traumas e adversidades sociais (Melo & Freitas, 2023).

No que se refere ao diagnóstico, as perturbações do espectro da esquizofrenia são definidas por anormalidades em um (ou mais) dos domínios: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor gravemente desorganizado ou anormal e sintomas negativos. Os sintomas devem estar presentes durante um mês, por uma quantidade significativa de tempo (American Psychiatric Association, 2014).

O tratamento farmacológico da esquizofrenia consiste na administração de fármacos antipsicóticos, de acordo com a preferência da pessoa, benefícios, riscos e resposta a tratamentos anteriores. A adesão ao tratamento farmacológico é de suma importância, pois este permite não só controlar sintomas positivos, mas também evitar novas recaídas (Guo et al., 2023). Comportamentos de não adesão à medicação incluem não tomar a medicação no horário prescrito; alterar a dosagem prescrita e suspender ou reduzir a medicação sem orientação clínica (Guo et al., 2023). Por conseguinte deve ser considerada a administração de antipsicóticos por via intramuscular (Marder & Cannon, 2019).

As intervenções não farmacológicas para a esquizofrenia visam o treino de competências sociais da pessoa, apoio à atividade laboral, terapia cognitivo comportamental, apoio aos cuidadores, entre outras, com eficácia na melhoria dos resultados obtidos pela pessoa com esquizofrenia (Marder & Cannon, 2019), além de melhorarem a adesão à terapêutica (Meyer & MacCabe, 2016).

Os cuidados de saúde primários, entre outros, devem-se organizar com o objetivo de providenciar tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia. O objetivo principal é a assistência à pessoa na procura de habitação digna, emprego protegido e formação (Meyer & MacCabe, 2016) adequada às suas necessidades, interesses e objetivos pessoais.

A pessoa com esquizofrenia deve ter informação sobre questões básicas da patologia, tais como o diagnóstico, sintomas, tratamento e intervenções psicossociais que melhoram os resultados obtidos, a gestão e reconhecimento de recaídas, estratégias para lidar com a doença, bem como o *stress* que lhe está associado (American Psychiatric Association, 2021).

Do mesmo modo é imprescindível a psicoeducação às famílias com informação sobre a patologia, treino de estratégias para lidar com os sintomas da doença, resolução de problemas, melhoria na comunicação familiar e redução de *stress* (American Psychiatric Association, 2021).

Para o sucesso destas intervenções e atendendo às características específicas da pessoa com esta patologia, nomeadamente a dificuldade em estabelecer relação com outros, é primordial o recurso à comunicação terapêutica. Esta tem por objetivos melhorar a qualidade de vida da pessoa; fazer com que a pessoa sinta que é o centro dos cuidados do profissional de saúde; que a sua experiência da doença é importante para o profissional; que está acompanhada; saber e ter a possibilidade de decidir se quer e como quer mudar o seu estilo de viver; identificar e mobilizar os recursos necessários para poder lidar de forma mais adequada com a sua situação. Por conseguinte o profissional dá resposta às necessidades implícitas e explícitas da pessoa de modo a promover o seu bem-estar e a aperfeiçoar a forma como a pessoa entende os cuidados prestados (Sequeira & Sampaio, 2020).

De igual forma a comunicação não verbal é preponderante na relação com a pessoa com esquizofrenia. Esta inclui não só a aparência física e o toque, mas também a expressão facial, movimento dos olhos, tom de voz e vocabulário, que devem ser cuidadosamente selecionados (Townsend, 2015). A evolução da esquizofrenia pode incapacitar a pessoa na sua vida social e profissional, pelo que a intervenção precoce e multidisciplinar é crucial na recuperação e reabilitação da pessoa com esta patologia.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 51 anos | Masculino

Cuidador

29-05-2023 09:00

Nome do cuidador: XXXXX.

Data de nascimento do cuidador: 01-01-1964.

Contacto telefónico principal: 900000000.

Parentesco: Irmã / Irmão.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade do cuidador para a gestão legal e financeira do utente

Família

29-05-2023 09:00

Família unipessoal.

Família sem filhos.

Presença de animal doméstico (Não).

Papel do cliente na família: Provedor financeiro.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-29 09:00:00	Sinvastatina 20mg 0+0+1;	
2023-05-29 09:00:00	Fenofibrato 200mg 0+0+1;	
2023-05-29 09:00:00	Lorazepan 2,5mg 1+1+1;	
2023-05-29 09:00:00	Paliperidona 6mg 0+0+1;	

6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Sinvastatina - pertence ao grupo das estatinas. Está indicada na hipercolesterolémia e dislipidémia; hipercolesterolémia familiar homozigótica e doença coronária.

Está contraindicado se houver alergia ao princípio ativo ou a qualquer um dos componentes; doença hepática; ou associado a fármacos antifúngicos; inibidores da protease do VIH usados para as infeções por VIH; fármacos utilizados na hepatite C; antibióticos; nefazodona (antidepressivo), entre outros; gravidez ou aleitamento.

Efeitos secundários mais frequentes - dor, sensibilidade ou fraqueza musculares ou câibras; reações de hipersensibilidade; dor ou inflamação das articulações; inflamação dos vasos sanguíneos; dispneia; icterícia; alterações do sono (muito raro); alterações da memória; confusão, etc.

Fenofribato - fármaco da classe dos fibratos indicado como um adjuvante da dieta ou outro tratamento (por exemplo exercício físico, redução de peso) nas seguintes situações: tratamento da hipertrigliceridemia grave com ou sem níveis baixos de colesterol-HDL e hiperlipidémia mista, quando uma estatina está contraindicada ou não é tolerada.

Está contraindicado na hipersensibilidade ao Fenofibrato, insuficiência hepática; insuficiência renal crónica grave; pancreatite aguda ou crónica com exceção da pancreatite aguda devido a hipertrigliceridemia grave; reação conhecida de fotoalergia ou fototoxicidade durante o tratamento com fibratos ou com cetoprofeno; doença da vesícula biliar conhecida.

Efeitos secundários: reações alérgicas; câibras, fraqueza muscular ou dores musculares; epigastralgias; dor torácica; sinais inflamatórios nos membros inferiores e icterícia, entre outros.

Lorazepam - é uma benzodiazepina, usado no tratamento dos transtornos de ansiedade,

alterações dos sono, convulsões ativas, incluindo estado de mal epilético, abstinência de álcool e náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia.

Está contraindicado em doentes com insuficiência respiratória grave, insuficiência hepática grave, síndrome de apneia do sono, miastenia gravis e hipersensibilidade conhecida ao princípio ativo.

Os efeitos secundários como a sedação, sonolência durante o dia, confusão emocional, capacidade de reação diminuída, confusão, fadiga, cefaleias, tonturas, fraqueza muscular, astenia, ataxia e alterações oculares, incluindo visão dupla, ocorrem predominantemente no início da terapêutica e em geral desaparecem com a continuação do mesmo.

Outros efeitos secundários tais como problemas gastrointestinais (náuseas e obstipação), alterações da libido, impotência, anorgasmia, reações alérgicas cutâneas ou alopecia foram ocasionalmente referidos.

Pode ocorrer amnésia anterógrada com doses terapêuticas, mas o risco aumenta nas doses mais elevadas.

Paliperidona - a Paliperidona é o metabólito ativo principal da risperidona, é utilizado para tratar os sintomas de distúrbios psicóticos, tais como esquizofrenia em adultos e no tratamento de sintomas psicóticos ou maníacos da perturbação esquizoafetiva em adultos.

Está contraindicado na hipersensibilidade à Paliperidona ou à risperidona.

Os efeitos secundários graves são o síndrome maligno dos neurolépticos; os menos graves podem ser mudanças nos períodos menstruais; agitação leve, sonolência ou tremores; visão turva; tontura ou cefaleias; aumento de peso; náuseas, boca seca, diminuição da libido, entre outros.

6.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
29-05-2023 09:00	Sono	
29-05-2023 09:00	Pensamento	
29-05-2023 09:00	Memória	

Início	Domínios	Fim
29-05-2023 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
29-05-2023 09:00	Perceção	
29-05-2023 09:00	Autogestão do regime terapêutico	

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

Tendo em conta os dados recolhidos na entrevista clínica:

- homem de 51 anos;
- 6º ano de escolaridade;
- vive sozinho;
- um familiar é o tutor legal;
- sem atividade profissional;
- refere que o cérebro sofreu uma transformação aos 29 anos e desde aí fala com outros seres por telepatia;
- sem insight para o agravamento da doença;
- apresenta atividade delirante residual;
- por vezes com alucinações auditivas;
- com queixas de alteração da memória;
- não cumpre regime terapêutico;
- ao fim-de-semana altera o horário da medicação em função do convívio social;
- adere ao regime medicamentoso por este não interferir com a sua atividade sexual;
- não reconhece mais valia, do ponto de vista terapêutico, das visitas da equipa de apoio domiciliário;

6.5. Dados

Sono

29-05-2023 09:00

Sono reparador.

Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

Perceção

29-05-2023 09:00

Verbalização de perceção sensorial sem estímulo associado.

Alucinação

Alucinação visual (Não).

Alucinação auditiva.

Alucinação olfativa (Não).

Alucinação gustativa (Não).

Alucinação tátil (Não).

Conhecimento sobre gestão da alucinação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o ambiente e a alucinação: facilitadora.

Consciencialização da relação entre a medicação e a alucinação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o abuso de substâncias e a alucinação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Pensamento

29-05-2023 09:00

Revela querer fazer mal a si próprio (Não).

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).

Pensou em suicidar-se (Não).

Pensou numa maneira de se suicidar (Não).

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).

Já fez alguma tentativa de suicídio (Não).

Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade).

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento

Delírio

Especificação do conteúdo do delírio: Autorreferência.

Conhecimento sobre gestão do delírio: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre terapia de orientação para a realidade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a medicação e o delírio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Memória

29-05-2023 09:00

Capacidade para adquirir informação: Dificuldade.

Capacidade de recuperar informação: Dificuldade.

Desorientação face às pessoas (Não).

Desorientação no espaço (Não).

Desorientação no tempo (Não).

Memória comprometida

Autogestão do regime medicamentoso

29-05-2023 09:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

Capacidade para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Adesão ao regime terapêutico comprometido

Autogestão do regime terapêutico

29-05-2023 09:00

Autogestão do regime terapêutico comprometido;

6.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Sono

Objetivos:

- Manter padrão de sono;
- Manter qualidade do sono;

Alucinação

Objetivos:

- Promover insight para alucinação auditiva;
- Promover adoção de estratégias de controlo da alucinação;
- Determinar evolução da alucinação auditiva;

Delírio

Objetivos:

- Promover insight para o delírio;
- Promover adoção de estratégias de controlo do delírio;
- Determinar evolução do delírio;

Memória comprometida

Objetivos:

- Promover a memória;
- Determinar evolução da memória;

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Objetivos:

- Promover a autogestão do regime medicamentoso;
- Determinar a evolução da autogestão do regime medicamentoso;

Adesão ao regime terapêutico comprometida**Objetivos:**

- Promover a adesão ao regime terapêutico;
- Determinar evolução da adesão ao regime terapêutico;

6.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados**Sono****Indicadores de resultado:**

- Que a pessoa mantenha número de horas de sono noturno;
- Que a pessoa verbalize qualidade do sono não comprometida;
- Que a pessoa adquira rotina de sono;

Alucinação**Indicadores de resultado:**

- Que a pessoa reconheça a ocorrência de alucinação;
- Que a pessoa verbalize redução da frequência da alucinação;
- Que a pessoa não dê resposta à alucinação;
- Que a pessoa verbalize resposta emocional à alucinação;

Delírio**Indicadores de resultado:**

- Que a pessoa reconheça a ocorrência de delírio;
- Que a pessoa verbalize redução da frequência do delírio;
- Que a pessoa não dê resposta ao delírio;
- Que a pessoa verbalize resposta emocional ao delírio;

Memória comprometida**Indicadores de resultado:**

- Que a pessoa demonstre capacidade de recordar informações imediatas com precisão;
- Que a pessoa demonstre capacidade de recordar informações recentes com precisão;

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa adote estratégias eficazes na autogestão do regime medicamentoso;

Autogestão do regime terapêutico comprometida

Indicadores de resultado:

- Que a pessoa adote estratégias eficazes na autogestão do regime terapêutico;

6.6. Diagnósticos

Percepção

29-05-2023 09:00

Alucinação

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Assistir cliente nas estratégias de orientação para a realidade [1 x semana]

29-05-2023 09:00 - Assistir na gestão da alucinação [1 x semana]

Pensamento

29-05-2023 09:00

29-05-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade

29-05-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a medicação e o delírio

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Ensinar sobre estratégias de controlo do pensamento [1 x semana]

Delírio

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Assistir cliente nas estratégias de orientação para a realidade [1 x semana]

29-05-2023 09:00 - Assistir na gestão do delírio [1 x semana]

29-05-2023 09:00 - Proporcionar atividades recreativas ou de lazer que exijam atenção; [1 x semana]

Memória

29-05-2023 09:00

Memória comprometida

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Avaliar evolução da memória [1 x semana]

29-05-2023 09:00 - Executar técnica de treino da memória [1 x semana]

Autogestão do regime medicamentoso

29-05-2023 09:00

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Assistir a gerir o regime medicamentoso [1 x semana]

Adesão ao regime terapêutico comprometido

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Assistir a gerir o regime terapêutico; [SOS]

Autogestão do regime terapêutico

29-05-2023 09:00

Autogestão do regime terapêutico comprometido;

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 09:00 - Assistir na autogestão do regime terapêutico;

6.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Pela análise dos dados recolhidos na entrevista clínica constatamos que esta pessoa nem sempre cumpre o regime terapêutico, mantém atividade delirante residual, não reconhece a necessidade terapêutica das visitas da equipa de reabilitação psicossocial e refere queixas de alteração da memória que interferem nas suas atividades do dia a dia.

Assim, foi nossa opção iniciar o processo terapêutico com esta pessoa priorizando o estabelecimento da relação terapêutica.

Esta tem como objetivo satisfazer as necessidades emocionais e afetivas da pessoa cuidada, de modo a promover o desenvolvimento e/ou readaptação da pessoa ao meio. Contudo exige relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa cuidada; é um processo gradual que exige o envolvimento, quer do enfermeiro quer da pessoa cuidada, sendo esta parceira de cuidados.

Tendo em conta o pouco envolvimento da pessoa no processo terapêutico, estabelecer esta relação será um processo longo. Para além de ser necessário considerar o tempo que a própria pessoa necessita para se envolver em todo o processo, a necessidade que identifica do mesmo, há que considerar que as visitas da equipa reabilitação psicossocial são semanais, de acordo com a disponibilidade financeira da pessoa.

Deste modo, atendendo às queixas que a pessoa referiu de alteração da memória, foram realizados vários exercícios de treino de memória, abrangendo vários domínios, com diferente grau de dificuldade. A pessoa colaborou com interesse, no entanto constatou-se cansaço rápido na realização dos mesmos.

Como alternativa foram entregues outros exercícios, com grau de dificuldade inferior para que a pessoa pudesse treinar no período entre visitas. Verificou-se que a pessoa não aderiu a esta estratégia e solicitou mais tempo para a resolução dos mesmos. Foram feitas várias tentativas

de contacto com a pessoa que no restante período em que decorreu o estágio, não se conseguiu estabelecer novo contacto, pelo que desconhecemos se os exercícios foram realizados ou não e qual a avaliação da pessoa sobre a resolução dos mesmos.

Por conseguinte foi nossa opção não iniciar outra sessão do plano de cuidados, atendendo ao número reduzido de contactos com a pessoa, à dificuldade em estabelecer a relação terapêutica e considerando a necessidade de recolha / validação de outros dados.

6.7. Especificação das intervenções

Assistir a gerir o regime medicamentoso

- Manter guia terapêutico atualizado;
- Orientar para o papel ativo no controlo do regime medicamentoso;
- Orientar a pessoa para a gestão de stock de medicamentos;

Avaliar evolução da memória

- Avaliar a memória com recurso a instrumentos de avaliação;
- Avaliar a percepção da pessoa sobre a memória;
- Avaliar a frequência de queixas da pessoa sobre a memória;

Assistir cliente nas estratégias de orientação para a realidade

- Orientar para a realidade;
- Reconhecer e aceitar a percepção ou interpretação que a pessoa faz da realidade (alucinações ou ideias delirantes);
- Apresentar a realidade de modo a preservar a dignidade da pessoa;
- Usar método consistente com objetividade e ausência de exigências adequado às necessidades e capacidades da pessoa;
- Falar com ritmo, volume e tom de voz adequados;

Executar técnica de treino da memória

- Explorar com a pessoa problemas práticos vividos em relação à memória;
- Implementar técnicas de memorização como jogos de memória, utilização de recursos digitais; técnicas de associação, entre outros;
- Providenciar treino de memória com exercícios variados, de grau de dificuldade apropriado, de acordo com a preferência da pessoa;
- Encaminhar para a unidade socio-ocupacional;
- Encorajar a pessoa a participar de programas de grupo para treino da memória, conforme apropriado;

Assistir na gestão do delírio

- Identificar fatores concorrentes para o delírio;
- Encorajar a pessoa a expressar as ideias delirantes;

- Criar oportunidade para a pessoa explorar as ideias delirantes;
- Verbalizar o reconhecimento dos medos e sentimentos da pessoa;
- Encorajar a pessoa a controlar o próprio comportamento face às ideias delirantes;
- Orientar a pessoa sobre momento para recorrer aos cuidados médicos;

Ensinar sobre estratégias de controlo do pensamento

- Instruir a pessoa/família/cuidador sobre controlo do pensamento;
- Instruir a pessoa sobre estratégias de controlo do pensamento;
- Treinar estratégias de controlo de pensamento;

Assistir na gestão da alucinação

- Criar momento de partilha e exploração da alucinação;
- Encorajar a pessoa a expressar as suas emoções;
- Reagir à emoção que a pessoa apresenta, em vez de reagir ao conteúdo da alucinação ou ideias delirantes;
- Promover o envolvimento social;
- Promover o envolvimento da pessoa em atividades lúdicas;

Proporcionar atividades recreativas ou de lazer que exijam atenção;

- Promover o convívio social;
- Promover a participação em atividades de grupo;
- Promover o exercício físico em grupo;

Assistir a gerir o regime terapêutico;

- Acompanhar a pessoa às consultas médicas e exames complementares de diagnóstico;

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao enfermeiro especialista reconhece-se competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem, conforme n.º 3, do artigo 8.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica obedece, cumulativamente, ao enunciado no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no qual se define o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), assim como, ao enunciado no Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, (Ordem dos Enfermeiros, 2018), no qual se define o perfil das competências específicas destes profissionais.

No que se refere às competências comuns, e concretamente “*Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*”, do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, na sua atuação, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica adota uma conduta responsável, ética e legal, de acordo com os princípios éticos, a deontologia profissional e a lei, tendo em consideração as condições particulares e especial vulnerabilidade da pessoa com quem estabelece uma relação terapêutica.

Sem prejuízo da sua condição de saúde, a pessoa com patologia mental mantém um conjunto de direitos, entre os quais o direito à informação (Gonçalves, 2009) e à participação na relação terapêutica estabelecida. Desta forma é indispensável o consentimento informado, hoje unanimemente considerado um requisito, legal e ético, da atuação dos profissionais de saúde.

Em Portugal, o consentimento para intervenções clínicas, ensaios e investigação encontra previsão legal num conjunto muito variado de diplomas, de que se destaca a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Assembleia da República, 2001), o Código Penal, bem como a Lei n.º 35/2023, de 21 de Julho, que aprova a Lei de Saúde Mental (Assembleia da República, 2023).

Para as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, o consentimento informado reveste-se de particular importância, tendo em conta a salvaguarda do seu direito à integridade física e psíquica e do direito à autodeterminação. À pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental, é reconhecido o direito a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos previstos na presente lei, conforme alínea c) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei de Saúde Mental recentemente publicada.

No seu exercício profissional, os enfermeiros encontram-se vinculados ao dever de informar e de obter o consentimento, conforme artigo 105.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), dever este que se mantém, com as necessárias adaptações no exercício especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em função das capacidades de entendimento e de discernimento da pessoa.

Na área de intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o estabelecimento de um processo dinâmico e permanente entre o enfermeiro e a pessoa, é alargado ao familiar ou cuidador judicialmente determinado, a quem compete acompanhar e participar nos processos de tomada de decisão.

Deste modo, ao longo dos estágios, no estabelecimento do processo terapêutico, atuamos de forma responsável e ética, procurando o adequado equilíbrio entre as necessidades de cuidados identificadas, a capacidade e entendimento do doente e a sua vontade, e a vontade do familiar ou cuidador, agindo sempre em benefício da saúde e bem-estar da pessoa, conscientes dos limites e princípios legais, nesta área, particularmente relevantes.

O consentimento informado foi elaborado com base na declaração de Helsínquia (Anexo I), quando possível, assinado pela pessoa alvo de cuidados. Na intervenção da pessoa com doença de Alzheimer o mesmo foi consentido pelo familiar cuidador, sem perder a sua necessidade e importância.

No que se refere, ao desenvolvimento das Competências do “*domínio da melhoria contínua da qualidade*”, do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, na sua atuação, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais de melhoria contínua, com foco na avaliação das práticas, contribuindo para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, também, corroborado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem Enfermeiros, 2017).

A prática do exercício profissional especializado em Enfermagem é hoje reconhecida como indispensável para a promoção e a prossecução da qualidade e adequação dos cuidados de Enfermagem prestados, num modelo que se pretende vocacionado para a necessidade de garantir cuidados diferenciados de qualidade, em função dos seus resultados, centrados nas necessidades das pessoas/famílias desde o início da prestação, para a eficácia terapêutica e para a prevenção de incidentes. Ao participar nas iniciativas organizacionais para a melhoria da qualidade dos cuidados, o enfermeiro especialista deve mobilizar o conhecimento e habilidades, desenvolvendo aptidões no planeamento estratégico, para uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança. Durante o estágio tivemos a oportunidade de participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados organizacionais, identificando oportunidades de melhoria, com a sugestão de elaboração de documentos que permitam dar continuidade aos cuidados de enfermagem especializados, após a alta, de modo a que os

ganhos em saúde alcançados no período de internamento sejam mantidos ou mesmo potenciados (Anexo II).

É importante que, no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental, atue no sentido da satisfação das necessidades da pessoa alvo de cuidados, com respeito pelas suas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos, assente numa relação de confiança e parceria, de acordo com o enunciado descritivo “*satisfação do cliente*”, dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem Enfermeiros, 2017). Assim, ao nível da gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível, foi possível ao longo do estágio promover um ambiente terapêutico e seguro, tendo sido uma preocupação constante, em todos os contextos, sendo transmitido à pessoa alvo de cuidados o respeito pela identidade psicossocial, cultural e espiritual, necessários para que esta se sentisse segura no decorrer das intervenções de enfermagem.

No contexto de estágio na comunidade sugerimos a implementação da consulta de apoio emocional aos cuidadores. O contacto com estes cuidadores permitiu-nos perceber que não dispõem de qualquer apoio no âmbito da sua Saúde Mental, podendo comprometer os cuidados que prestam ao seu familiar dependente. Os cuidadores, parceiros da equipa de cuidados, necessitam de um espaço onde também possam ser cuidados.

No que respeita ao desenvolvimento das Competências do domínio da “*gestão dos cuidados*”, do referido Regulamento, como um dos quatro domínios de competência, institui que o Enfermeiro Especialista “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*”. Realçamos que, as várias equipas que integramos ao longo dos estágios revelaram uma preocupação constante com a gestão e rentabilização dos recursos disponíveis. Sendo estes escassos, a sua utilização teve por base a melhor resposta ao maior número de pessoas alvo de cuidados, de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados. Foi possível constatar, o espírito de colaboração nas decisões da equipa de saúde, assumindo o enfermeiro especialista um papel fundamental, na orientação e assessoria aos enfermeiros dos vários contextos. Neste sentido, em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental propusemos a avaliação da eficácia das intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tendo por base o Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem Especializados (Anexo III), para a identificação de ganhos em saúde decorrentes das suas intervenções. Os processos de mudança são essenciais para a inovação das práticas especializadas, em especial, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por último, de entre os quatro domínios de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas,

o domínio do “*desenvolvimento das aprendizagens profissionais*”, do mesmo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, integra duas competências essenciais: a) *a capacidade de desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade* e de b) *basear a sua praxis especializada em evidência científica*. O enfermeiro especialista, deve evidenciar maturidade profissional, assente na capacidade de autoconhecimento e de incorporar, na sua prática, a melhor evidência científica disponível. Os seus processos de aprendizagem e de tomada de decisão são suportados em conhecimento científico válido, atual e pertinente para a questão em apreço, que sustenta e alavanca o autoconhecimento e a assertividade na prestação de cuidados.

Neste âmbito, é importante realçar a utilização da Ontologia de Enfermagem, que representa o conhecimento disciplinar dos Enfermeiros, constituindo modelos clínicos de dados de referência para a Enfermagem, de acordo com a melhor evidência disponível, contribuindo para uma prática de cuidados segura e de qualidade. Importa realçar, de igual forma, o recurso às bases de dados científicas e a uma criteriosa pesquisa bibliográfica para melhor documentar a prática, acerca do conhecimento existente e atual sobre patologia mental, tratamento farmacológico e não farmacológico adequado, no sentido de melhor fundamentar os planos de cuidados.

De uma perspetiva pessoal, o domínio do “*desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” potencia a capacidade do enfermeiro especialista em identificar, de forma objetiva necessidades de formação, de desenvolver uma capacidade de comunicação clara e precisa, potenciando habilidades e ultrapassando as dificuldades identificadas no processo de aprendizagem especializada e de desenvolvimento pessoal. Assim, ao longo dos estágios tentamos gerir sentimentos e emoções no sentido de dar uma resposta eficiente, muitas vezes difícil de gerir, mas que se refletiu numa relação vantajosa e de respeito com o outro, seja no contexto das relações terapêuticas com a pessoa alvo dos cuidados, seja nas relações entre profissionais e enquanto elemento das várias equipas.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o enfermeiro especialista “*Detém elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*”. No âmbito desta competência, destacamos que, nos três contextos de estágio, efetuamos, em cada turno, reflexão diária sobre as experiências vividas, emoções, valores entre outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na prestação de cuidados especializados, com registo das mesmas em “Diário de Bordo”, seguindo-se a sua discussão com os enfermeiros tutores, de modo a gerir processos de transferência e contratransferência, entre outros.

Estas atividades permitiram-nos, por exemplo, no contexto de internamento, identificar o impasse terapêutico com uma pessoa alvo de cuidados, tendo sido necessário a intervenção da

enfermeira tutora. Segundo a literatura, o impasse terapêutico em enfermagem surge quando o enfermeiro se depara com barreiras que interferem na relação com a pessoa cuidada. Depende de vários fatores, diminui a eficácia dos cuidados e impede que sejam alcançados os resultados esperados (Moses & Malav, 2022). Os fatores mais comuns que influenciam o impasse terapêutico são as barreiras à comunicação; falta de adesão ao plano de cuidados estabelecido; dilemas éticos; resistência emocional da pessoa à intervenção psicoterapêutica de enfermagem, entre outros (Moses & Malav, 2022).

Neste caso concreto, verificamos que a intervenção proposta não estava a ter os resultados esperados, embora a pessoa referisse vontade de colaborar na intervenção. Assim, em conjunto com a enfermeira tutora, ponderamos as várias estratégias utilizadas para abordar a questão em particular (identificar erros cognitivos e pensamentos alternativos), mas sem sucesso. A origem do impasse terapêutico foi assinalada como resultante da dificuldade interna da pessoa alvo de cuidados em proceder a essa identificação, o que a colocaria fora da sua zona de conforto emocional.

A situação relatada, contribuiu para uma maior perceção da importância da supervisão clínica nos processos formativos, em particular, na área de especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e evidenciou a necessidade e a pertinência do trabalho em equipa e da discussão clínica como ferramentas essenciais na prestação de cuidados de saúde mental. Apesar desta situação em concreto não ter potenciado, diretamente, o autoconhecimento relacionado com a intervenção psicoterapêutica, ela permitiu perceber a necessidade de saber quando solicitar a colaboração de alguém externo ao processo. O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve sustentar o seu desempenho numa permanente reflexão crítica sobre si próprio, no sentido de melhorar a relação terapêutica, central no exercício da Enfermagem de Saúde Mental.

Relativamente ao contexto comunitário, esta reflexão permitiu-nos tomar consciência da necessidade de cuidar da saúde mental dos cuidadores. Para dar resposta aos objetivos de estágio a que nos propusemos, a equipa de saúde mental articulou-se com os elementos da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), uma vez que são estes elementos que têm maior contacto com os cuidadores, pelo que a intervenção deve ser assegurada no âmbito da UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade).

Em reunião de equipa multidisciplinar foi-nos transmitido por estes elementos que, com frequência, identificam sobrecarga dos cuidadores. No entanto o apoio emocional a esta população não está integrado nas funções desta equipa, nem há qualquer outro recurso na comunidade para tal. Deste modo foi possível identificar três familiares cuidadores que poderiam reunir critérios para a nossa intervenção.

Após ponderação em equipa de saúde mental, dos diferentes fatores evidenciados, como sejam as condições socioeconómicas, apoios disponíveis na comunidade, apoios de que efetivamente

usufruem, conhecimento sobre a patologia da pessoa cuidada, bem como das condições emocionais dos cuidadores, concluímos que estes se encontram em exaustão que se traduz em insónia quase total, abdicaram da sua vida pessoal e profissional, com impacto negativo direto no relacionamento sociofamiliar.

Tornou-se, assim, evidente a necessidade de apoiar emocionalmente estes cuidadores, através de uma consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica devidamente estruturada. Ao depararmo-nos com cuidadores que abdicam de ser pessoas em prol do cuidado do seu familiar dependente, foi para nós importante reconhecer quão ténue é a linha que separa a saúde mental e o equilíbrio emocional do desgaste psicológico que este cuidar acarreta, bem como das consequências pessoais do mesmo, tornando-se, assim, evidente a necessidade de cuidar de quem cuida. Deste modo, o cuidador informal, caso não seja, ele próprio, alvo dos cuidados de enfermagem, poderá desenvolver efeitos negativos na sua saúde física e mental, com consequente aumento dos custos com os seus cuidados de saúde. Os cuidadores informais apresentam maior número de perturbações do humor, diminuição do funcionamento do sistema imunitário, maiores comorbilidades físicas, entre outros (Bremer et al., 2015).

No processo de autoconhecimento, esta consciência evidenciou a importância para os enfermeiros especialistas identificarem, em si mesmos, sintomas de alerta que permitam sinalizar fatores pessoais ou circunstâncias suscetíveis de interferir na relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados e/ou com a equipa multidisciplinar.

Segundo o mesmo Regulamento o enfermeiro especialista *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”*, particularmente no que se refere à unidade de competência *“Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”* âmbito em que utilizamos diferentes instrumentos de avaliação neuropsicológicos tendo em conta: o estado mental da pessoa, (o que permite determinar o recurso a instrumentos de auto ou hétero-preenchimento), patologia clínica associada, objetivos da recolha de dados, instrumentos em utilização nas unidades de saúde e instrumentos validados para a população portuguesa.

A título de exemplo, em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, na pessoa com doença de Alzheimer utilizamos a escala de Adenbrooke (Adenbrooke Cognitive Examination – ACE) por ser um instrumento validado para a avaliação de pessoas com demência, uma vez que permite identificar os domínios cognitivos que estão afetados e o grau de gravidade. Esta escala é de hétero-preenchimento, está validada para a população portuguesa (Peixoto et al., 2018) e é utilizada pelos EEESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) na instituição onde decorreu o estágio.

Vários estudos compararam a capacidade deste instrumento de avaliação neuropsicológica de

diferenciar pessoas saudáveis de pessoas com demência, sendo que os resultados foram similares ao de outros testes, tais como o MoCA (Montreal Cognitive Assessment) teste (Bruno & Vignaga, 2019). Por outro lado, uma vez que são apresentados valores para cada domínio, é possível identificar a evolução do declínio cognitivo ao longo do tempo. Esta escala permite identificar a demência frontotemporal, o mesmo não é possível com o MMSE (Mini Mental State Examination) que também não demonstra sensibilidade na deteção de estadios iniciais da demência (Bruno & Vignaga, 2019).

Já no contexto de estágio na comunidade um dos instrumentos que utilizamos foi a escala de Ansiedade Traço e Estado (STAI - State -Trait Anxiety Inventory), tendo em conta que esta avalia a ansiedade quer como traço, (enquanto característica da personalidade), quer como estado (enquanto reação emocional temporária a uma situação específica). A escala é de autopreenchimento (adequado à cuidadora em causa) e está validada para a população portuguesa (Rodrigues, 2009). Com efeito, este instrumento de avaliação é considerado o *gold standard* para avaliar quer níveis habituais de ansiedade, quer níveis transitórios, tanto em adultos, como em crianças (Santos, 2021).

Neste mesmo contexto de estágio, com a cuidadora que foi alvo da intervenção de reestruturação cognitiva, não utilizamos qualquer instrumento de avaliação, pois a sua sobrecarga era notória, sendo os dados recolhidos na entrevista clínica suficientes para desenvolver o plano de cuidados, evitando-se, assim, o uso abusivo de instrumentos de avaliação.

Segundo Sequeira (2018) existem vários instrumentos para avaliar as dificuldades percebidas, fontes de satisfação e estratégias de *coping* utilizadas pelos prestadores de cuidados. São eles o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI); Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI) e Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) (Sequeira, 2018).

Analisando os dados obtidos através da entrevista clínica e comparando-os com as afirmações que compõem o CADI constatamos que, no que se refere ao comportamento da pessoa cuidada, este não interfere com a cuidadora, na medida em que a doença de Alzheimer está num estadio grave, ou seja, a pessoa está em estado vegetativo, não comunica verbalmente, não aceita nem rejeita qualquer cuidado, embora o seu cuidado seja uma sobrecarga física para a cuidadora. Já no que concerne a cuidadora, esta revela que há muito que deixou de sentir satisfação por cuidar deste familiar, no momento atual apenas sente um profundo desgaste emocional e físico; deixou de conviver com familiares e amigos e já nem valoriza a necessidade desses momentos; assume que não dedica tempo suficiente aos outros membros da família; desconhece o conceito de “ter tempo para mim própria”; não reconhece a necessidade de ter férias em família, sem a presença da pessoa cuidada, apesar de ter uma habitação só para este fim, que não é utilizada há vários anos; e desvaloriza o facto de dormir mal, devido á preocupação constante com o

familiar dependente.

De facto, a entrevista clínica é preponderante, não só, para a recolha de dados, mas também para que se estabeleça a relação terapêutica, que será a base para a confiança e comunicação entre EEESMP e a pessoa alvo de cuidados, para que esta se sinta acolhida e compreendida. No decurso da nossa intervenção esta cuidadora conseguiu realizar vários períodos de convívio com o cônjuge, num local sem a pessoa cuidada, planeou e executou um almoço com vários familiares, tendo apreciado todo o processo e, no final do estágio, estava a planear um período de férias, em família, com os cuidados ao familiar dependente assegurados por profissionais credenciados para o efeito.

No que se refere ao estágio no contexto clínico de respostas diferenciadas, utilizamos o MMSE considerando que este instrumento de avaliação é aplicado a todos os utentes no momento da admissão na unidade de reabilitação psicossocial, e de novo de 6/6 meses, sendo de autopreenchimento, o que pode atuar como incentivo para que a pessoa colabore. Para além de estar validado para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994), permite identificar alterações cognitivas, nomeadamente a memória, sendo esta a principal queixa da pessoa alvo de cuidados.

Ainda no âmbito da mesma competência, destacamos a unidade de competência “*Coordena , implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos*”. Assim, realçamos as atividades desenvolvidas no contexto clínico de respostas diferenciadas, em que participamos e colaboramos com a equipa multidisciplinar no empoderamento da pessoa com doença mental grave, nomeadamente através da explicação e auxílio ao exercício dos seus direitos, como por exemplo, a obtenção de subsídios de apoio económico extra para que melhorem a sua qualidade de vida e o acompanhamento destas pessoas ao hospital para que lhes seja administrada medicação de forma gratuita. Também na explicação dos seus deveres, como por exemplo, colaborar na gestão do orçamento mensal, para que sejam cumpridos os prazos de pagamento de despesas correntes.

De forma a estimular o convívio social estas pessoas são incentivadas a participar nas atividades da unidade de socio-ocupacional. Estas visam não só o convívio social e cultural, mas também a prática desportiva, entre outras, atendendo às características particulares da pessoa com doença mental grave, são implementadas com o intuito de promover o bem-estar psicossocial destas pessoas, bem como a sua integração.

De acordo com o mesmo Regulamento o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assume a competência “*Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*”, com destaque para a unidade de competência “*Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos*

diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”. De modo a adquirir esta competência foram efetuados planos de cuidados individualizados, um em cada contexto de estágio, explanados nos estudos de caso que se apresentam nos respetivos capítulos deste relatório. Estes planos de cuidados foram desenvolvidos com base na Ontologia de Enfermagem.

Uma ontologia é uma descrição de conceitos e sua relação a ser considerada por um agente ou comunidade de agentes. Da Ontologia de Enfermagem fazem parte os dados provenientes da avaliação da pessoa alvo de cuidados, diagnósticos e intervenções de enfermagem (Bastos et al., 2020). Depois de analisados os dados recolhidos, são elencados diagnósticos de enfermagem e, a partir destes, são implementadas intervenções de enfermagem, com reavaliação para que seja possível identificar ganhos em saúde, suspender diagnósticos ou implementar novas intervenções de enfermagem.

No que se refere à gestão do regime medicamentoso, em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, traduziu-se num desafio constante. O estado de descompensação psiquiátrica em que as pessoas alvo de cuidados se encontram nem sempre lhes permite aderir ao regime medicamentoso, o que torna imperiosa a vigilância da toma da medicação. Por outro lado, esta mesma descompensação pode não permitir à pessoa referir eventuais sintomas extrapiramidais (entre outros) próprios da medicação utilizada em Psiquiatria, o que implica maior vigilância por parte do EEESMP.

Com efeito, os psicofármacos têm graves efeitos secundários que incluem a sedação, aumento de peso, efeitos extrapiramidais, distonia, acatísia e discinésia tardia (Jauhar et al., 2022). Estes efeitos podem contribuir para o abandono da medicação e consequente reaparecimento de sintomas positivos e negativos da doença mental. Além destes fatores, a adesão ao regime terapêutico também está relacionada com o nível de gravidade da doença, baixo *insight* para a mesma, abuso de substâncias, baixos rendimentos económicos, entre outros (Pérez García, 2015). Assim, incentivar a adesão ao regime terapêutico neste contexto revelou-se uma intervenção exigente tendo sido necessário recorrer a diversas estratégias tais como a associação da toma da medicação com a estabilização de sintomas e consequente melhoria do quadro clínico apresentado, condição necessária para a alta clínica.

Por outro lado, no estágio em contexto comunitário, a vigilância à adesão ao regime medicamentoso centrou-se na consciencialização da importância do cumprimento do horário da toma da medicação de forma a evitar esquecimento da mesma, foram, ainda, esclarecidos efeitos secundários da medicação e sua indicação clínica. Salientamos a dificuldade sentida com uma das cuidadoras que, apesar de referir insónia quase total, não aderiu ao regime medicamentoso com receio de não cumprir o horário de posicionamento do familiar dependente, mesmo este estando internado por descompensação da doença orgânica. Esta cuidadora não reconheceu a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica sob o argumento de que estaria mais tempo longe do familiar dependente e preferia acompanhá-lo no internamento.

Considerando a evidência científica, em consonância com o estudo realizado em 2021 por Sousa et al, os cuidadores tendem a preocupar-se mais com a prestação de cuidados do que com o seu próprio autocuidado, o que acarreta consequências para a sua saúde física e psicológica, podendo mesmo desenvolver vários transtornos, entre eles psicológicos (Sousa et al., 2021), traduzindo-se em elevados níveis de sobrecarga física e emocional.

Em contexto clínico de respostas diferenciadas, a abordagem à adesão ao regime terapêutico revelou-se complexa na medida em que, mantendo a autonomia da pessoa, a vigilância da toma da medicação tem que ser efetuada respeitando a privacidade e confiança que a pessoa cuidada deposita no EEESMP para lhe transmitir essa informação. Neste contexto a relação terapêutica assume um papel preponderante, pois, segundo Spagolla e Costa (2021), o EEESMP na abordagem cuidada a estas pessoas, ao ajudá-las a utilizar os seus pontos fortes e qualidades, com *feedback* positivo, favorece a sua confiança quer no tratamento, quer no profissional de Enfermagem (Spagolla & Costa, 2021).

Ainda no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, o enfermeiro especialista “*Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*”. Dentro desta competência específica, enquanto unidade de competência o enfermeiro especialista em ESMP “*Desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação*”. É nesta unidade de competência que se integra o critério de avaliação “*Implementa intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições*” e “*Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental*”. Dada a sua importância nos três contextos de estágio, foram desenvolvidas diversas atividades no sentido de adquirir esta competência, tal como a seguir se descreve.

No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, o estágio iniciou-se com a avaliação de uma pessoa com diagnóstico de doença de Alzheimer. A entrevista clínica teve de ser realizada com o cuidador, uma vez que as informações dadas pela pessoa alvo de cuidados não eram coerentes. Para determinar quais os domínios cognitivos afetados utilizamos a Escala de Addenbrooke Cognitive Examination (ACE). Este instrumento de avaliação neurocognitiva que se encontra validado para a população portuguesa (Peixoto et al., 2018), tem como objetivo avaliar de forma abrangente as funções cognitivas, permitindo identificar alterações neurocognitivas, tais como a demência e a doença de Alzheimer. É, também, um instrumento útil no acompanhamento da progressão da doença pois permite avaliar mudanças no desempenho cognitivo da pessoa, facilitando a adequação das intervenções terapêuticas. A ACE-III é mais eficiente na identificação do comprometimento

funcional nas atividades de vida diárias, quando comparado com o MMSE e MoCA (Bruno & Vignaga, 2019). Valores mais elevados indicam melhor função cognitiva. Com efeito, ao aplicar este instrumento às pessoas com doença de Alzheimer, estas revelaram piores scores na orientação, atenção e memória quando comparados com doentes com demência frontotemporal (Bruno & Vignaga, 2019).

Atendendo aos baixos valores obtidos, em todos os domínios, consideramos a intervenção psicoterapêutica de estimulação cognitiva, a intervenção mais adequada. Segundo a literatura, com o envelhecimento a perceção, velocidade de processamento, memória e funções executivas deterioram-se, pelo que os idosos saudáveis também apresentam dificuldades na capacidade de adquirir, consolidar e lembrar novas informações (Gómez-Soria et al., 2023). Por outro lado, a falta de atividade cognitiva acelera o declínio cognitivo, quer em idosos cognitivamente saudáveis, quer naqueles em que já foi diagnosticada a demência, pelo que a estimulação cognitiva deve ser iniciada o mais rapidamente possível (Gómez-Soria et al., 2023). A estimulação cognitiva tem efeito positivo na cognição, comunicação, interação social, bem-estar e na qualidade de vida, bem como no evitar da institucionalização. Contudo, não se demonstra efeito semelhante no que se refere ao humor e alterações de comportamento (Mapelli et al., 2013). A intervenção implementada visou a totalidade dos domínios cognitivos, considerando que todos tinham scores baixos.

Tal como descrito na literatura, os programas que combinam atividades cognitivas, emocionais e físicas com recurso a elementos diversificados, podem estimular vários aspetos das funções cognitivas, tornando-se mais eficazes do que os programas que estimulam apenas uma função cognitiva. Além do mais, um programa diversificado aumenta o interesse do participante com consequente melhoria na participação ativa do mesmo (Gómez-Soria et al., 2023).

Esta intervenção pode ser implementada em sessões individuais ou de grupo. Porém, uma vez que, no momento em que decorreu o estágio não havia outros doentes que cumprissem os critérios de inclusão, a intervenção foi implementada em sessões individuais. O planeamento das sessões (Anexo IV) teve em consideração as preferências e gosto expressos pela pessoa alvo de intervenção, o que, também neste caso, se traduziu numa participação ativa, quase constante e prazerosa desta pessoa, o que nos leva a refletir sobre a importância de planear intervenções personalizadas, com recurso à evidência científica, mas adaptadas às condições mentais e emocionais de cada pessoa.

Segundo a evidência científica, o cuidado centrado na pessoa implica uma parceria entre a pessoa e sua família e o profissional de saúde, no decorrer da doença, cuidado ao idoso ou no processo de reabilitação (Hamilton, 2021). Implica ouvir atentamente a narrativa da pessoa alvo de cuidados (e por vezes os seus familiares também), elaborar planos de cuidados individualizados, com objetivos e estratégias de acordo com as expectativas da pessoa, bem como o respetivo acompanhamento ao longo de todo o processo (Hamilton, 2021). Estes

cuidados devem decorrer em ambientes que proporcionem privacidade, que sejam flexíveis, com acesso fácil a um ambiente natural (por exemplo um jardim) (Hamilton, 2021). Assim, foram realizadas 6 sessões de estimulação cognitiva, duas vezes por semana. Após este período a pessoa foi hospitalizada por descompensação orgânica, e logo após teve alta para outra instituição mais perto da zona de residência, pelo que não foi possível efetuar a avaliação da intervenção.

Foi possível consciencializarmo-nos de que, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o percurso desde o primeiro contacto com a pessoa alvo de cuidados até aos primeiros resultados positivos é longo e desafiante, exigindo ao enfermeiro especialista disponibilidade e capacidade de rápida resposta e adaptação à condição de saúde da pessoa alvo de cuidados. Conhecer a sua realidade pessoal e familiar, aprofundar conhecimentos, através de estudo e investigação, sobre a sua patologia mental, estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, definir objetivos adequados às suas necessidades e expectativas, identificar a intervenção psicoterapêutica mais adequada, proceder ao seu planeamento, implementação e avaliação são atividades que implicam, não só, conhecimento técnico, mas também autoconhecimento, para que as expectativas do enfermeiro especialista não estejam desajustadas das condições e potencialidades da pessoa alvo de cuidados, o que poderá ter impacto negativo no processo terapêutico.

No que se refere ao contexto de estágio na comunidade, implementamos a intervenção psicoterapêutica de enfermagem de reestruturação cognitiva (Anexo V), à única cuidadora que reunia critérios de inclusão. Esta intervenção tem por objetivo ajudar a pessoa a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, de modo a aliviar o sofrimento psicológico (Sequeira & Sampaio, 2020). O seu planeamento e implementação deve permitir que a pessoa identifique pensamentos disfuncionais, crenças erróneas, substitua padrões de pensamentos disfuncionais de modo a olhar para si e para o mundo de forma mais realista (Sequeira & Sampaio, 2020).

Esta alteração na forma de pensar e interpretar a realidade contribui para o alívio do sofrimento emocional, com diminuição de sintomas de ansiedade e depressão. De modo a alcançar estes resultados, tal como descrito na literatura, foi utilizada a técnica de questionamento socrático, identificação de pensamentos automáticos e registo de pensamentos disfuncionais (Arrigoni et al., 2021), ajudando a pessoa a identificar não só, os pensamentos e crenças erróneas, mas também os pensamentos alternativos e mais adaptativos.

Assim, a reestruturação cognitiva permite à pessoa alvo de cuidados identificar pensamentos disfuncionais, examinar evidências a favor e contra esses mesmos pensamentos e a corrigir as interpretações erróneas da realidade, resultando no alívio de sintomas tais como a ansiedade e depressão (Arrigoni et al., 2021).

Foi solicitado à pessoa o registo dos seus pensamentos disfuncionais, bem como pensamentos

alternativos. Este exercício revelou-se difícil para a pessoa alvo de cuidados, no entanto, com o treino, foi desenvolvendo, progressivamente, esta capacidade. Durante a intervenção, verificou-se que existia uma diferença significativa entre os pensamentos registados e os comportamentos relatados. A nossa análise evidenciou a dificuldade da pessoa em experimentar novos comportamentos perante a mesma situação, já anteriormente vivenciada. Assim, concluímos que, apesar da pessoa alvo de cuidados apresentar melhoria no humor depressivo, o tempo de intervenção não foi suficiente para implementar esta mudança, dotando-a das estratégias necessárias para tal. Assim, no final do nosso estágio, a equipa de saúde mental assumiu o compromisso da continuidade da intervenção.

Tal como descrito na literatura, para enfrentar desafios impostos, a pessoa depende da adaptação contextual, da redução da ansiedade sob stress e da regulação de impulsos para a sobrevivência (Cavalcanti et al., 2023). Considerando que as emoções são um processo psicológico que desencadeia respostas comportamentais, a regulação emocional é fundamental para o bem-estar psicossocial e para a adaptação da pessoa, pois quando estas não são reguladas as respostas emocionais podem ser excessivas, inadequadas ou causar prejuízos interpessoais (Cavalcanti et al., 2023), tal como se vinha a verificar na cuidadora em causa.

Dentro da mesma competência específica, enquanto unidade de competência e de acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, este *“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”*. Como critério de avaliação desta unidade de competência, o EEESMP *“Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra”*, pelo que, durante o estágio em contexto clínico de respostas diferenciadas, integramos e acompanhamos a equipa multidisciplinar nas visitas domiciliárias, de modo a observar a sua interação com a pessoa com doença mental grave, bem como discutimos as estratégias adotadas para cada uma destas pessoas, os seus objetivos e os resultados já alcançados.

Segundo a literatura, a pessoa com doença mental grave, maioritariamente pessoas com esquizofrenia, são repetidamente hospitalizadas, apresentam baixo funcionamento social, baixa taxa de emprego, podem sofrer de estigma social, discriminação e até violação dos direitos humanos, com consequente exacerbação da sua doença mental, que se traduz em baixa autoestima, isolamento social, pobreza, baixa literacia, entre outros (Ye et al., 2023). Apesar da eficácia comprovada dos antipsicóticos no controlo dos sintomas positivos da doença, o seu efeito na melhoria do funcionamento da pessoa, bem como na diminuição dos sintomas negativos é tão reduzido que não contribui para as necessidades de reabilitação destas pessoas (Ye et al., 2023).

A reabilitação psicossocial visa a autodeterminação e empoderamento da pessoa, possibilitando que esta tome as suas próprias decisões, melhorando a sua capacidade de lidar com as dificuldades e priorizando as necessidades que estas pessoas entendem como sendo mais urgentes. A intervenção psicoeducacional e o treino de competências sociais são algumas das intervenções mais eficazes no alívio de sintomas de esquizofrenia, na redução do número de recaídas e reinternamentos, na promoção à adesão ao regime terapêutico, na melhoria das competências sociais e ocupacionais, bem como na redução do estigma e discriminação social (Ye et al., 2023).

Neste âmbito, colaboramos com a equipa multidisciplinar no acompanhamento destas pessoas na utilização de serviços públicos, tais como a segurança social, serviços camarários e escolas profissionais para que possam exercer os seus direitos enquanto cidadãos, decidir de forma autónoma sobre o seu futuro socioprofissional e realizar atividades de vida instrumentais e executivas, conforme as suas necessidades e prioridades. No decurso da intervenção, verificamos que o principal resultado obtido foi a diminuição da frequência e intensidade no agravamento de sintomatologia psicótica, com consequente diminuição de reinternamentos. De facto, várias pessoas alvo destas intervenções apresentam melhoria na qualidade de vida e bem-estar, sem necessidade de internamento, devido a um controle de proximidade à adesão ao regime terapêutico e avaliação de sintomas psicóticos, o que possibilita a deteção e intervenção precoce no agravamento de sintomas positivos e negativos. Efetivamente, no decorrer do estágio foi possível identificar, precocemente, o agravamento de sintomatologia positiva numa das pessoas acompanhada pela equipa. Este agravamento foi identificado pela própria pessoa alvo de cuidados, pelo que houve necessidade de a acompanhar até à urgência de psiquiatria, conforme solicitado pela mesma. Foi necessário o seu internamento, permitindo o alívio do sofrimento psicológico em que se encontrava. A identificação precoce da descompensação pela própria pessoa, permitiu a intervenção atempada, reduziu o tempo de internamento, além de uma recuperação mais rápida.

Em Portugal, tal como noutros países, os cuidados de saúde à pessoa com doença mental estão a mudar de paradigma. Assim, estes cuidados, progressivamente, vão passando das instituições para as comunidades (Stamboglis & Jacobs, 2020). Deste modo, a pessoa mantém-se mais perto da sua comunidade, podendo usufruir de cuidados mais integrados, com impacto no tempo de hospitalização, bem como aumento do foco nas necessidades da pessoa (Stamboglis & Jacobs, 2020). Os serviços das equipas comunitárias incluem, não só cuidados de saúde mental, mas também apoio diário na gestão do trabalho, relações interpessoais, cuidado pessoal e da habitação (Stamboglis & Jacobs, 2020). Para dar resposta a esta diversidade de cuidados é necessária uma equipa multidisciplinar, constituída quer por profissionais de saúde quer por outros profissionais, tais como assistentes sociais. O acompanhamento de proximidade assegurado pela equipa permite incentivar o convívio social destas pessoas, através do encaminhamento para a unidade socio-ocupacional, onde são desenvolvidas atividades

educacionais, recreativas e de convívio social.

No decurso deste estágio apenas foi admitido um novo utente, pelo que tivemos a oportunidade de iniciar o processo de reabilitação psicossocial com o mesmo. A entrevista clínica com a pessoa, bem como com os familiares mais próximos revela-se de crucial importância, na medida em que permite identificar quais as dificuldades da pessoa e família, objetivos que espera com as intervenções a desenvolver pela equipa de reabilitação psicossocial, preferências e prioridades que a pessoa estabeleceu para si própria. De facto, proporcionar à pessoa com doença mental grave a possibilidade de tomar decisões de forma autónoma, ainda que sob alguma orientação, atendendo às suas preferências e prioridades, permite que esta estabeleça uma relação de confiança e de proximidade com a equipa de reabilitação psicossocial.

Este envolvimento permite que a pessoa não se “dissocie de si mesma” facto que os enfermeiros especialistas de ESMP devem ter presentes nos seus processos de reflexão e tomada de decisão.

Segundo a evidência científica, a satisfação da pessoa cuidada afeta os resultados dos cuidados, a adesão ao regime terapêutico, o tempo utilizado pela equipa comunitária nesses cuidados, assim como a sua eficácia (Stamboglis & Jacobs, 2020). Esta relação é fundamental para que o processo de reabilitação se desenvolva de forma positiva e duradoura, considerando que se trata de processos longos que podem decorrer por vários anos. Deste modo, o acompanhamento por parte da equipa é contínuo e flexível podendo ser necessário rever e reajustar o plano de intervenção individual de acordo com as novas necessidades ou prioridades da pessoa e resultados apresentados. Neste contexto, a gestão das expectativas dos vários profissionais que compõem a equipa é fundamental, pois é um processo moroso, cujos resultados só se alcançam a médio ou longo prazo.

O relatado das atividades desenvolvidas constitui uma síntese das reflexões e aprendizagens presentes ao longo do processo formativo e que contribuíram para a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto área de atuação à pessoa, família e comunidade, tem um papel fundamental na promoção, tratamento e reabilitação da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental. Deste modo o papel do EEESMP reveste-se de crucial importância na prestação destes cuidados especializados.

A elaboração deste relatório traduz um processo de evolução pessoal e profissional com vista à aquisição e desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Ao longo do documento são relatadas as várias experiências vividas nos três contextos de estágio, assente no conceito central da cognição.

O caminho percorrido, neste processo formativo da área de especialidade, permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos, quer teóricos, quer práticos, transmitidos neste relatório, de forma resumida.

A abordagem foi centrada no desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP, através da implementação de intervenções de enfermagem especializadas, baseadas na melhor evidência científica. Considerando as várias intervenções psicoterapêuticas implementadas, concluímos que o seu sucesso é fruto da criteriosa pesquisa bibliográfica realizada, do planeamento cuidadoso das intervenções, das expectativas da pessoa cuidada e do investimento pessoal e profissional necessário para uma enfermagem mais significativa para as pessoas. A avaliação dos ganhos em saúde das pessoas alvo de cuidados, a melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar, evidenciaram o investimento feito para alcançar estes resultados.

Importa realçar a importância do trabalho em equipa realizado nos três contextos de estágio, associado à utilização de instrumentos de avaliação neuropsicológicos e à orientação dos enfermeiros especialistas, que permitiu o nosso desenvolvimento profissional, com a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Uma das dificuldades sentidas ao longo de todo o percurso prende-se com a comunicação com a pessoa alvo de cuidados. Sendo a comunicação imprescindível em qualquer relação e atividade, ela é particularmente exigente com a pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental, pois dela depende a relação terapêutica que é a base dos cuidados do EEESMP. Esta dificuldade foi ultrapassada tendo exigido compromisso e dedicação, prosseguindo diariamente na busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

Consideramos importante continuar a desenvolver programas psicoterapêuticos, em grupos ou individualmente e por um período de tempo superior a este estágio, dirigidos a pessoa alvo de cuidados e ao cuidador familiar.

Este percurso de formação pessoal e profissional revelou-se um desafio, com vários obstáculos que foram sendo ultrapassados, permitindo evidenciar a importância e o impacto dos cuidados de enfermagem especializados, o desenvolvimento no processo de autoconhecimento, a promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, competência e responsabilidade e a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

9. BIBLIOGRAFIA

Aguiar, M. A. F. (2002). *Psicologia Aplicada à Administração* (Editora Saraiva, Ed.; 3ª).

Alam, J. (2022). Vitamins: a nutritional intervention to modulate the Alzheimer's disease progression. In *Nutritional Neuroscience* (Vol. 25, Issue 5, pp. 945–962). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2020.1826762>

Alzheimer Europe. (2019). Estimating the prevalence of dementia in Europe.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (Artmed, Ed.; 5a).

American Psychiatric Association. (2021). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (3rd ed.).

Arrigoni, A. C. B., Aparecida Nicholeti, Ê., Gerbasi Balestra, A., & Fortunata Donadon, M. (2021). A Reestruturação Cognitiva Como Intervenção na Redução das Interpretações Catastróficas no Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Eixo*, 10(1).

Assembleia da República. (2001). *Diário da República-I Série-A N.º 2-3 de Janeiro de 2001* Presidência da República Decreto do Presidente da República n. 1/2001 de 3 de Janeiro.

Assembleia da República. (2015). *Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Lei nº 156/2015.*

Assembleia da República. (2023). *Lei Saúde Mental. Diário da República, 1.ª série N.º 141.*

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2020). Representação do Conhecimento em Enfermagem do Trabalho na Ontologia de Enfermagem.

Beck, & Judith S. (2021). *Cognitive Behavior Therapy* (3rd ed.). The Guilford Press.

Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología Volumen I Tercera Edición.*

Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. de A. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Soto, M., Zwakhalen, S. M. G., & Wübker, A. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459–1471. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>

Bruno, D., & Vignaga, S. S. (2019). Addenbrooke's cognitive examination III in the diagnosis of dementia: A critical review. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (Vol. 15, pp. 441–447). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/NDT.S151253>

- Bulechek, G. M. ; Butcher, H. K. ; Dochterman, J. M. ; & Wagner, C. M. (2010). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (Elsevier).
- Cantilino, A., & Monteiro, D. C. (2017). *Psiquiatria Clínica* (E. C. L. Medbook, Ed.; 1st ed.).
- Carvalho, A. M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Cavalcanti, M. K., Simeão, S. D. S. S., & Lima, A. V. D. C. (2023). *Regulação Emocional: Aspectos Teóricos, Pesquisas e Intervenções*. Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978652514792.5>
- Christian, C., Cusack, C. E., Ralph-Nearman, C., Spoor, S. P., Hunt, R. A., & Levinson, C. A. (2022). A Pilot, Time-Series Investigation of Depression, Anxiety, and Eating Disorder Symptoms in Adults Experiencing Major Depressive Symptoms: The Need for Eating Disorder Assessment and Research in Depression. www.elsevier.com/locate/bt
- Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., Sampaio, F., Santana, I., Sousa, R., Taipa, R., Verdelho, A., & Silva-Miguel, L. (2021). Disease Burden and Costs Associated with Alzheimer's Disease in the Elderly in Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201–211. <https://doi.org/10.46531/sinapse/AO/210055/2021>
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*.
- Damasceno, B. (2020). Research on Cognition Disorders. In *Research on Cognition Disorders*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-57267-9>
- Dattani, S., Guirao-Rodés, L., Richie, H., & Roser, M. (2023). Mental Health. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 27, pp. 101–111). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
- Dubois, B. (2021). *Alzheimer A Verdade Sobre a Doença do Século* (E. L. Guerra e Paz, Ed.; 1a).
- Espíndula, B. C., Resende, S. L., & Neves, W. A. (2023). *A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)*.
- Eurostat. (2021). Depression in EU. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Figueira, M. L., Afonso, P., & Madeira, L. (2020). *Dicionário de Psicopatologia* (T. Editores, Ed.).
- Forneli, P. M. (2021). *Revista SL Educacional*. <https://www.sleditora.com/>
- Freitas, E. V., & Py, L. (2016). *Tratado de geriatria e gerontologia* (Guanabara Koogan, Ed.; 3a edição).
- Freitas, N. A. O., Almeida, N. M. C. B. de, & Talamoni, A. C. B. (2020). Educação Infantil na Base Nacional Comum Curricular: Pressupostos Epistemológicos em Piaget, Vigotsky e Wallon. *Educere - Revista Da Educação Da UNIPAR*, 20(2).

- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P., Latorre, E., Zaldívar, J. N. C., & Calatayud, E. (2023). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Archives of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 104). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104807>
- Gonçalves, P. C. (2009). *O Estatuto Jurídico do Doente Mental* (1st ed.). Quid Juris.
- Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H., & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-023-00356-x>
- Hales, R. E. (2000). *Tratado de psiquiatria clínica* (5a. ed.). Grupo A - Artmed.
- Hamilton, D. K. (2021). Person-Centered Care: An International Dialogue. In *Health Environments Research and Design Journal* (Vol. 14, Issue 2, pp. 30–37). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1937586721993786>
- Hedges, D., Farrer, T. J., Bigler, E. D., & Hopkins, R. O. (2019). The brain at risk: Associations between disease and cognition. In *The Brain at Risk: Associations between Disease and Cognition*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14260-5>
- Henrique Barros, P., Nunes de Almeida Peritos Gisela Leiras, A., Figueiredo Augusto, G., Duarte, G., Fronteira, I., Carlos Gomes, J., & Leão, T. (2022). A Pandemia de Covid-19. www.cns.min-saude.pt
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., Nordentoft, M., & Glenthøj, B. (2018). Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biological Psychiatry*, 83(6), 492–498. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.017>
- INE. (2021). *Estatísticas da Saúde 2019* (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). www.ine.pt
- International Council of Nurses. (2019). ICN 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. In *The Lancet* (Vol. 399, Issue 10323, pp. 473–486). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)
- Kraft, J., Klimczak, K. S. ;, & Levin, M. E. (2022). Effects of Cognitive Restructuring and Defusion for Coping with Difficult Thoughts in a Predominantly White Female College Student Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 86–94.
- Lavelle, J. ;, Dunne, N. ;, Mulcahy, H. E. ;, & McHugh, L. (2021). Chatbot-Delivered Cognitive Defusion versus Cognitive Restructuring for Negative Self-Referential Thoughts: A Pilot Study. *Psychological Record*.
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B. G., Márquez, M., & Izal, M. (2006). Explanation of Caregivers Distress From the Cognitive Model: The Role of Dysfunctional Thoughts. In *Psicología Conductual* (Vol. 14, Issue 1).

- Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R., & Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 263–271. <https://doi.org/10.1159/000353457>
- Marder, S. R., & Cannon, T. D. (2019). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1753–1761. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1808803>
- Meleis, A. I., & Dean, M. B. S. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.).
- Meleis, A. I., & Messias, H. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory* Author Information Article Tools.
- Melo, A. H. F., & Freitas, F. (2023). Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde Em Debate*, 47(136), 96–109. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313606>
- Meyer, N., & MacCabe, J. H. (2016). Schizophrenia. In *Medicine (United Kingdom)* (Vol. 44, Issue 11, pp. 649–653). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.08.003>
- Ministério da Ciência, T. e E. S. (2018). Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. In *Diário da República n.º157/2018, Série I* (pp. 4147–4182). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Moses, R. F., & Malav, P. (2022). *Professionalism, Professional Values & Ethics Including Bioethics* (1st ed.). Savera Printing Press.
- Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/nu15061537>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. In *Regulamento n.º515/2018. Diário da República, 2.a série-N.º151* (pp. 21427–21430).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Regulamento n.º140/2019. Diário da República, 2.a série-N.º26* (pp. 4744–4750). Diário da República.
- Ordem Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Menta e Psiquiátrica*.
- Peixoto, B., Pimentel, P., Lopes, E., Monteiro, L. C., Baeta, É., Machado, M., Rocha, P., Macedo, C., Machado, A., Gonçalves, G., & Monteiro, L. (2018). Validation and normalization of the Portuguese version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25698.58562>
- Pérez García, C. (2015). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 1, 16–22. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2015.1.16>
- Rayanne, P., Veras, L., & Leitão, J. M. S. de R. (2021). Atenção farmacêutica na Doença de Alzheimer. *Research, Society and Development*, 10(13), e385101321247. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21247>
- Rodrigues, C. M. P. (2009). *Validação do Teste TSAI-Y de Spielberger*.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & De Psiquiatria, C. (2017). *Compêndio de Psiquiatria (11a)*.

Santos, J. C., & Cutcliff, J. R. (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century A Person-Centred Evidence-Based Approach*. <http://www.springer.com/series/13892>

Santos, M. N. P. dos. (2021). Ansiedade dos adolescentes no período perioperatório.

Santos, S. S., & da Nóbrega, M. M. (1996). The Peplau theory of interpersonal relations in nursing: analysis and development. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 49, Issue 1, pp. 55–64). <https://doi.org/10.1590/s0034-71671996000100007>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (L. Lidel- Edições Técnicas, Ed.; 2a).

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e intervenções* (L. Lidel - Edições Técnicas, Ed.).

Shallie, O. F., Dalle, E., & Mabandla, M. V. (2020). Memory decline correlates with increased plasma cytokines in amyloid-beta (1–42) rat model of Alzheimer's disease. *Neurobiology of Learning and Memory*, 169. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2020.107187>

Silva, R., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Gil, I., Cardoso, D., & Apóstolo, J. (2023). Individual Cognitive Stimulation in People with Dementia: Good Practices (pp. 92–101). https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_11

Sousa, S. M. L., Ferreira, D. F., Gonçalves, L. H. T., Polaro, S. H. I., & Fernandes, D. de S. (2021). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 246–252. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3081>

Spagolla, K. C., & Costa, M. de O. (2021). A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. *Research, Society and Development*, 10(7), e30410716601. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16601>

Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors Associated with Patient Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 50–64. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00449-x>

Taylor, D. M., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. (2021). The Maudsley® Prescribing Guidelines in Psychiatry.

Thornton, T., Mills, D., & Bliss, E. (2023). Capsaicin: A Potential Treatment to Improve Cerebrovascular Function and Cognition in Obesity and Ageing. In *Nutrients* (Vol. 15, Issue 6).

Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (8th ed.). Robert G. Martone.

Vecchia, S. Della, Marchese, M., Santorelli, F. M., & Sicca, F. (2021). Kir4.1 dysfunction in the pathophysiology of depression: A systematic reviews. In *Cells* (Vol. 10, Issue 10). MDPI. <https://doi.org/10.3390/cells10102628>

Wenqi, L., Duan, J., Zhang, W., Yang, W., & Yu, W. (2021). Relationship between neuropsychiatric symptoms and cognitive functions in patients with cognitive impairment. *Psychogeriatrics*, 21(5), 773–782. <https://doi.org/10.1111/psyg.12738>

WHO. (2021, September 2). World Health Organization. <https://www.who.int>

WHO. (2023, March 31). Depressive disorder (depression). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ye, X., Zeng, F., Wang, Y., Ding, R., Zhao, M., Zhu, D., & He, P. (2023). Effectiveness of Community-Based Rehabilitation Interventions on Symptoms and Functioning for People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Psychiatric Quarterly*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10029-8>

ANEXOS

Anexo I – Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Escola Superior de Enfermagem do Porto Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente / utente são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação no processo de formação em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no processo de formação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado a intervenção psicoterapêutica de enfermagem de _____, se for caso disso, proposta pelo estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do doente / utente são: _____

O estudante:

Nome:

Assinatura:

CONTRATO TERAPÊUTICO

Cara senhora:

Este documento contém informações importantes sobre a intervenção psicoterapêutica de enfermagem que vamos desenvolver.

Por favor leia com atenção, se tiver alguma dúvida não hesite em colocá-la e se estiver de acordo, assine no local indicado.

Assim, tendo em conta os dados obtidos na entrevista clínica já realizada, é prescrita a intervenção psicoterapêutica de enfermagem de reestruturação cognitiva, cujos objetivos são: melhorar a forma de pensar para que se veja a si mesmo e ao mundo de uma forma mais realista.

Esta intervenção psicoterapêutica de enfermagem terá a duração prevista de quatro a seis sessões de 45 a 60 minutos cada uma, previamente agendadas.

Cada sessão terá um tema específico, sendo que, caso haja necessidade as sessões podem ser repetidas.

No conjunto das sessões ser-lhe-á pedido que realize alguns trabalhos de casa, como por exemplo escrever, de forma sucinta, pensamentos e situações em que ocorreram, entre outros.

A intervenção será interrompida caso: a senhora manifeste vontade abandonar a intervenção; caso haja alguma alteração de sintomatologia que assim o justifique (por exemplo agravamento da sintomatologia depressiva, ou da ideação suicida); caso a enfermeira estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica entenda que a intervenção não esteja a surtir os efeitos previstos.

Todas as informações transmitidas durante a intervenção são absolutamente sigilosas, ficando o seu registo restrito ao processo clínico para que os outros profissionais **da Unidade de Cuidados na Comunidade XXX** as possam consultar no âmbito da assistência interdisciplinar prestada à pessoa alvo de cuidados.

A sua assinatura significa que leu e compreendeu todas as questões abordadas no contrato bem como que se compromete a colaborar ativamente ao longo de todo o processo.

Braga, _____, _____ 2023

Assinatura da pessoa alvo de cuidados

Anexo II – Avaliação da Pessoa Alvo de Cuidados Após a Alta – Follow-Up

AVALIAÇÃO DA PESSOA ALVO DE CUIDADOS APÓS A ALTA – FOLLOW-UP

Nome: _____

Idade: _____

Data da alta: ____/____/____

Dados sociodemográficos:

- Sem alterações ☐

- Refere alterações (morada, estado civil, situação profissional, constituição do agregado familiar, outros) _____

Avaliação do estado mental:

- Consciência: Orientado ☐ Confuso ☐

- Pensamento e percepção: Conservados ☐ Alterados ☐ _____

- Humor: Eutímico ☐ Depressivo ☐ Disfórico ☐ _____

- Insight: Com insight ☐ Sem insight ☐

- Atividade psicomotora: Calmo ☐ Agitado ☐ Lentificado ☐

Cuidados de saúde:

- Já teve consulta com o enfermeiro de família / ESMP no dia ____/____/____

Próxima consulta em ____/____/____

- Tem consulta agendada para o dia ____/____/____

- Não teve consulta nem está agendada ☐

Motivo _____

- Mantém os mesmos diagnósticos de enfermagem ativos no momento da alta ☐

- Suspende(m)-se o(s) diagnósticos de enfermagem:

- Necessário elencar novos diagnósticos de enfermagem:

- Na sequência dos novos diagnósticos de enfermagem elencados foi sugerido:

- Atualmente sem intervenções psicoterapêuticas de enfermagem ☐

- Em intervenção psicoterapêutica de enfermagem de _____,
realizada por _____, (local) _____,
data da próxima sessão ____/____/____

- Mantém adesão ao regime terapêutico ☐

- Sem adesão ao regime terapêutico ☐

Desde _____

Motivo(s) _____

Estratégias sugeridas: _____

- Consulta psiquiatria:

Já teve, no dia ____/____/____; Próxima consulta em ____/____/____;

Está marcada para o dia ____/____/____;

Faltou à consulta, por motivos de _____

Não teve consulta nem está marcada ☐ (sugestões de agendamento) _____

- Consulta com médico de família:

Já teve, no dia ____/____/____;

Está marcada para o dia ____/____/____;

Faltou à consulta, por motivos de _____

Não teve consulta nem está marcada ☐ (sugestões de agendamento)_____

- Depois da alta clínica:

Já recorreu ao serviço de urgência de psiquiatria, por motivos de _____

Já foi internado num serviço de psiquiatria, por motivos de _____

Não necessitou destes serviços ☐

- Iniciou / retomou acompanhamento por psicologia ☐ Recusou este acompanhamento ☐

Não foi proposto este acompanhamento mas refere necessidade do mesmo ☐

Atividade socioprofissional:

- Já retomou a atividade profissional ☐ Mantém incapacidade para o trabalho ☐

- Tem convivido com amigos ☐ Tem convivido com familiares ☐ Não tem convivido com
ninguém, por motivos de _____

- Retomou outras atividades _____

Estado atual:

- Como se sente hoje, comparativamente com o momento da alta:

-Outras orientações- _____

Anexo III – Proposta de Avaliação das Intervenções do EESMP no Internamento

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES DO EESMP NO INTERNAMENTO

No decorrer do nosso estágio em contexto de internamento, constatou-se que há registo do número de doentes internados, assim como o seu diagnóstico clínico (na admissão e no momento da alta). No entanto, o mesmo não acontece com os diagnósticos de enfermagem ativos, bem como as intervenções psicoterapêuticas implementadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e sua eficácia.

Verificou-se que no segundo semestre de 2022 foram internados 163 doentes por psiquiatria, dos quais 40 foram submetidos a intervenção psicoterapêutica de enfermagem, não estando especificadas quais as intervenções realizadas, quais os diagnósticos de enfermagem ativos, nem quais os resultados obtidos com as intervenções.

Considerando a relevância do papel e da ação diferenciada do EESMP numa unidade de internamento de psiquiatria de doentes agudos, importa evidenciar o seu contributo na obtenção de ganhos em saúde dos doentes aqui cuidados.

Assim, sugerimos a parametrização dos diagnósticos de enfermagem elencados aquando da avaliação inicial (realizada até às 72h, conforme protocolo já instituído), intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo EESMP ao longo do internamento e diagnósticos de enfermagem ativos no momento da alta.

Estas informações devem constar da carta de alta de enfermagem que todos os doentes devem levar, endereçada ao enfermeiro de família / EESMP da comunidade.

Para evidenciar a atividade do EESMP sugere-se o recurso aos indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tal como aprovado na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada a 28 de Janeiro de 2023, em Coimbra.

O documento identifica indicadores epidemiológicos, de processo e de resultado para cada um dos diagnósticos de ESMP, tendo em conta as intervenções do EESMP, bem como os resultados esperados, com base na Ontologia de Enfermagem.

Os indicadores apresentados foram sustentados no documento da Ordem dos Enfermeiros “Resumo Mínimo de Dados e *Core* de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”.

Para concretizar de forma clara a nossa sugestão, apresenta-se o seguinte exemplo prático:

Diagnóstico de ESMP	Pensamento comprometido
Indicador Epidemiológico	-Taxa de prevalência do diagnóstico “pensamento comprometido”;
Indicador de Processo	-Porcentagem de clientes a quem foi executada reestruturação cognitiva;
Indicador de Resultado	-Taxa de resolução do diagnóstico “pensamento comprometido”;

De certo que a análise dos dados obtidos por estes indicadores mostrarão, não só, os ganhos em saúde obtidos pela ação do EESMP, mas também, a eficácia das suas intervenções.

Anexo IV – Planeamento das Sessões de Estimulação Cognitiva

1ª Sessão				
"Os 5 sentidos"				
Data: 14/02/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Destinatário: Doentes do internamento com perturbação neurocognitiva major, que saibam ler e escrever; Critérios de inclusão: • Com diagnóstico de enfermagem: Cognição comprometida; • Capacidade cognitiva para a compreensão e motora para o desenvolvimento da atividade.			Objetivos da atividade: • Estimulação sensorial; • Estimular gnosias; • Promover a socialização; • Promover a concentração / atenção; • Promover a memória sensorial. Critérios de exclusão: • Presença de sintomas psico-comportamentais ou neurocognitivos.	
Áreas de Intervenção: atenção sustentada; velocidade de processamento; estimulação sensorial; cognição social e memória de longo prazo (implícita)				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Esconder os objetos; • Estimular o olfato: - Fornecer um produto ao(a) doente; - Pedir que o identifique através do olfato; - Repetir o procedimento para os restantes produtos; • Estimular o paladar: - Fornecer o alimento ao(a) doente; - Pedir que o identifique através do paladar; - Repetir o procedimento para os restantes produtos; • Estimular o tato: - Fornecer o objeto ao(a) doente; - Pedir que o identifique pelo toque; - Repetir o procedimento para os restantes objetos; • Estimular a audição: - Ligar o computador e passar um som de cada vez para que possa ouvir; - Pedir que identifique cada um dos sons; - Repetir o procedimento para os restantes sons; • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios;			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Jogo olfato: canela, hortelã, alecrim, cidreira, café; • Jogo paladar: mel, limão, chocolate, laranja, água; • Jogo tato: colher, massa, chave, linho, estopa e serapilheira; • Jogo sons: ovelha, gato, abelha, cão, vaca, sapo; • Colher; • Guardanapo; • Computador.	

• Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.	
Avaliação Dos aromas apresentados à doente, não conseguiu identificar nenhum sozinha, só com ajuda. A cidreira não sentiu sequer o cheiro. Identificou sem dificuldade os objetos apresentados para estímulo do tato. No entanto não conseguiu identificar o linho e a estopa “na minha terra não se usa”(sic), embora reconheça as diferenças de texturas. Dos alimentos que lhe foram dados a provar não reconheceu os citrinos e referiu que o mel não sabia a nada. Não reconheceu o som da abelha e do sapo, apesar destes serem nítidos. Realizou todas as tarefas com entusiasmo, mostrando-se desinteressada nas mudanças de atividade. Constatou-se que a doente mantém os órgãos dos sentidos conservados. Atendendo ao desempenho da doente verifica-se que a atenção sustentada e a memória de longo prazo estão francamente comprometidas.	

2ª Sessão				
“Contar e cantar”				
Data: 16/02/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45 min.	Dinamizadores: Enfª Ana Sofia Barreira
Objetivos da atividade: • Promover gnóscias (reconhecimento auditivo); • Promover a concentração / atenção ; • Promover a memória; • Promover a linguagem.				
Áreas de Intervenção: concentração/atenção sustentada; memória de longo prazo (declarativa) e recente; linguagem expressiva; domínio perceptomotor				
Descrição de Atividade		Recursos		
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Pedir ao(a) doente para retirar da caixa as tampas da cor e número representado no cartão e colocá-las em cima do mesmo; • Reproduzir música e vídeo (se aplicável) adaptado ao contexto sociocultural do(a) doente e pedir que identifique a canção; • Explorar memórias / emoções que as músicas possam trazer; • Pedir ao(a) doente que descreva o que comeu na refeição anterior, que indique quantas pessoas estavam na sua mesa e quantas pessoas dormem no seu quarto. • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios • Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.		• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Caixa com tampas de várias cores; • Cartões com números até 12 e respetivas cores; • Gravação e vídeo (se aplicável) do Hino Nacional, “Malhão, malhão”, “Vira Minhoto”, “Água leva o regadinho”, “Corridinho”; • Computador.		

Avaliação

Na primeira atividade demonstrou facilidade em identificar os números e contar as respetivas tampas. No entanto chamou vermelho escuro ao lilás, castanho e azul escuro. Consegue associar e combinar cores com as diversas peças de roupa.

Reconheceu a música e letra do Hino Nacional, referiu o nome da canção com ajuda; cantou vários versos da “Casa Portuguesa”, identificou a Amália Rodrigues e sabe que esta já faleceu; não reconheceu a música ou letra do “Vira Minhoto”; identificou com entusiasmo o “Corridinho”, pois dançava esta música na sua aldeia em bailes, nas festas de anos e ao domingo; reconheceu e cantou vários versos do “Malhão, malhão”.

Identificou sem dificuldade os alimentos que ingeriu ao pequeno almoço, bem como o número de senhoras que fazem as refeições na mesma mesa. No entanto não sabe quantas senhoras estão no quarto dela, porque “não durmo cá”(sic).

Pelo desempenho da doente verifica-se que o domínio perceptomotor se encontra parcialmente comprometido, no que se refere a gnosias. A memória recente também se encontra parcialmente comprometida.

3ª Sessão				
“Jogar e contar”				
Data: 17/02/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45 min.	Dinamizadores: Enfª Ana Sofia Barreira
Objetivos da atividade: • Promover a linguagem; • Promover a concentração / atenção; • Promover domínio perceptomotor; • Promover a memória;				
Áreas de Intervenção: concentração/atenção sustentada; linguagem expressiva; perceptomotora; memória de longo prazo (declarativa)				
Descrição de Atividade		Recursos		
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Pedir ao(a) doente para retirar da caixa os cartões com os provérbios e emparelhá-los de forma a que se completem; • Explorar as mensagens que os provérbios transmitem, situações semelhantes vividas... • Descrever pelo menos seis profissões e pedir ao(a) doente que as identifique; • Explorar / discutir as profissões: semelhanças com a própria, qual gosta mais; o que gostava mais na sua profissão; • Jogo do MiKado: explicar o funcionamento do jogo, retirar pelo menos 4 pauzinhos cada jogador; • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios; • Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.		• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Caixa com provérbios escritos em cartões; • Folha com descrição de profissões; • Jogo MiKado.		

Avaliação

A doente reconhece de cor alguns dos provérbios apresentados, os outros completa pela leitura dos cartões. Não consegue relacionar os provérbios com as mensagens que transmitem nem identifica situações em que se possam aplicar.

Foi apresentada uma lista de 16 profissões, das quais 9 identifica com ajuda, 1 não identificou (levar o rebanho), as outras 6 identifica sem dificuldade. Depois de identificadas as profissões sabe reconhecer situações de vida em que elas são intervenientes, associa-as à sua vida na aldeia natal.

No jogo do Mikado revela dificuldade em entender as regras, pelo que o jogo consistiu apenas em retirar pauzinhos de várias cores usando apenas o pauzinho de cada jogador. Por vezes tem dificuldade em identificar a cor.

Ao longo de todas as atividades revela interesse e participa com gosto.

Pelo desempenho da doente nesta atividade constata-se que todos os domínios trabalhados estão afetados.

Nome _____

Data – 17/02/23

Lista profissões

Profissões	Identifica sozinho	Identifica com ajuda	Não identifica
Lavar a terra	X		
Vender carne	X		
Levar o rebanho a pastar			X
Vender peixe		X	
Trabalhar com a madeira		X	
Consertar sapatos	X		
Consertar carros		X	
Vender flores	X		
Desenhar casa		X	
Distribuir correio		X	
Tratar das canalizações		X	
Tocar piano		X	
Vender medicamentos			
Tomar conta de crianças pequenas		X	
Tratar dos sistemas elétricos	X		
Construir casas		X	

4ª Sessão				
“Palavra por palavra”				
Data: 24/02/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45min.	Dinamizadores: Enfª Ana Sofia Barreira
Objetivos da atividade: • Promover a memória; • Promover a linguagem; • Promover praxias.				
Áreas de Intervenção: memória imediata; linguagem expressiva (fluência e fenoménicas) e recetiva; praxias				
Descrição de Atividade		Recursos		
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Ler os trava-línguas e pedir ao(a) doente para repetir; • Explorar as dificuldades sentidas, mensagens transmitidas, analisar outros trava-línguas conhecidos; • Pedir ao(a) doente para retirar da caixa uma letra e dizer quatro palavras começadas por essa letra; • Explorar palavras encontradas: se são objetos, em que situações se usam, nomes de pessoas ou locais, atividades... • Pedir ao(a) doente para executar gestos de mímica; • Explorar os gestos: que mensagem traduzem, quando e em que circunstâncias podemos comunicar por gestos, reproduzir outros gestos e identificar a respetiva mensagem; • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios; • Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.		• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Lista de trava-línguas para ler; • Caixa com as várias letras do alfabeto; • Lista de gestos de mímica; • Computador.		

Avaliação

Na atividade com recurso aos trava-línguas a doente reproduziu-os sem grande dificuldade, reconheceu a sua utilidade, não reconheceu as mensagens transmitidas, deu exemplos de outros trava-línguas com ajuda.

Retirou 5 letras da caixa, reconheceu-as sem dificuldade. Quase todas as palavras foram sugeridas com ajuda. Consegue identificar objetos ou nomes, com ajuda. A letra que demonstrou maior facilidade foi o **C** e maior dificuldade foi o **B**.

Na atividade de mímica a doente executou todas as ordens verbais sem qualquer dificuldade. Identifica e contextualiza todos os gestos sem dificuldade. É capaz de descrever várias situações onde cada um deles é utilizado.

Pelo desempenho da doente nestas atividades verifica-se que a práxis não está comprometida, ao contrário dos outros domínios.

Nome _____ Data – 24/02/23

Trava-Línguas

Trava línguas	Repete sozinho	Repete com ajuda	Não repete
O rato roeu a roupa do rei de Roma.		X	
Pedro pregou um prego na porta preta.	X		
A faca afiada ficava no fundo do fogão.	X		
Larga a tia, lagartixa. Lagartixa, larga a tia.		X	
Se cá nevasse fazia-se cá ski.		X	

Nome _____ Data: 24/02/23

Letras e palavras

Letras	Palavras	Identifica sozinha	Identifica com ajuda	Não identifica
C	Cão, cadeira, campo, castanhas, Catarina, carvalho	X		
V	Vento, Vítor, ventoinha, Viana, vaso		X	
M	Maria, Manuel, Margarida, manta, maçã, marmelada, mãe		X	
B	Bento, bola, batata, botas, brincos, bifes			X
S	Sofá, Sofia, Susana, sapatos, sol, silêncio		X	

Mímica

Gestos	Executa sozinho	Executa com ajuda	Não executa
Dizer adeus	X		
Comer a sopa	X		
Pentear-se	X		
Lavar os dentes	X		
Cortar o pão	X		
Escrever	X		
Lavar a cabeça	X		
Lavar a cara	X		
Pôr batom	X		
Pôr os óculos	X		
Abotoar o casaco	X		
Lavar o cabelo	X		
Cortar o bife	X		
Benzer-se	X		

5ª Sessão				
“Rostos e letras”				
Data: 01/03/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45min.	Dinamizadores: Enfª Ana Sofia Barreira
Objetivos da atividade: • Promover a memória; • Promover a atenção; • Promover a linguagem.				
Áreas de Intervenção: atenção dividida; linguagem (expressiva e recetiva)				
Descrição de Atividade		Recursos		
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Mostrar imagens de figuras públicas e pedir ao(a) doente que as identifique; • Explorar as atividades desenvolvidas por estas pessoas, história que contam, profissão, entre outros; • Mostrar lista de palavras incompletas e solicitar ao(a) doente que as complete com a letra em falta; • Explorar as palavras : o que são, para que servem; • Solicitar ao(a) doente que cumpra um conjunto de ordens verbais; • Ler a história do “Capuchinho Vermelho” e solicitar ao(a) doente que bata uma palma de cada vez que ouve a palavra “Capuchinho”; • Explorar as dificuldades sentidas na execução da tarefa, explorar o conto infantil: personagens, mensagem, conto ensinado pelos pais... • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios; • Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.		• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Imagens de figuras públicas; • Lista de palavras incompletas; • Lista de comandos verbais; • Colher, óculos e chaves; • Folha com história do “Capuchinho Vermelho”; • Computador.		

Avaliação

Na atividade de reconhecimento de figuras públicas apenas reconheceu, com ajuda, o cantor Marco Paulo. Identificou, com ajuda, uma das suas canções. Ao ouvir “Eu tenho dois amores” consegue cantarolar algumas partes. Apreciou a música com gosto.

Identificou sem ajuda a imagem de N^a Sr^a de Fátima e os três pastorinhos. Reconhece a história, não localiza os acontecimentos no tempo nem no espaço. Diz que já esteve em Fátima e gostou da igreja “era muito espaçosa”(sic).

Na atividade de reconhecimento de vocabulário, as palavras que consegue completar fá-lo apenas oralmente. Foi decidido não solicitar a escrita da letra em falta por se tornar numa atividade demasiado exigente para a doente.

Reconhece o que são as palavras, no entanto nos frutos identifica vários como sendo pretos e com caroços. O limão descreve corretamente.

Não foi possível realizar as outras atividades planeadas por a doente se encontrar demasiado cansada e a colaborar sem interesse.

Atendendo ao desempenho da doente verifica-se que a linguagem expressiva está francamente comprometida.

Não foi possível avaliar outros domínios uma vez que as atividades não foram realizadas.

Nome _____ Data – 1/3/23

Reconhecimento de figuras públicas

Figuras Públicas	Identifica sozinho	Identifica com ajuda	Não identifica
António Costa			X
Marcelo Rebelo Sousa			X
Amália Rodrigues			X
Papa Francisco			X
Três Pastorinhos	X		
Eusébio			X
Marco Paulo		X	
Carlos Paião			X

Nome _____ Data – 01/03/23

Vocabulário

G____TO; PÊ____A; C____O;
SA____O; M____ÇÃ; Li____RO;
LÁ____IS; La____ANJA; C____REJA;
L____MÃO; A____OS; Va____A;
____VA; NÊS____RA; AM____IXA;
PÊ____EGO; MA____GA;
TANG____RINA; L____MÃO; BA____ATA.

Vocabulário	Completa sozinho	Completa com ajuda	Não completa
Gato	X		
Pêga	X		
Cão			X
Saco		X	
Maçã	X		
Livro		X	
Lápis	X		
Laranja		X	
Cereja		X	
Leão		X	
Anos			X
Vaca		X	
Eva		X	
Nêspêra	X		
Ameixa			X
Pêssego			X
Manga		X	
Tangerina	X		
Limão	X		
Batata		X	

Nome _____

Data – 01/03/23

Material: Colher, óculos, chaves

Compreensão de ordens

Ordens	Executa sozinho	Executa com ajuda	Não executa
Aponte o que usamos para comer a sopa			
Aponte o que usamos para ver melhor			
Aponte o que usamos para abrir uma porta			
Pegue na colher com a mão direita			
Pegue na chave com a mão esquerda			
Pegue nos óculos com a mão direita			
Aponte primeiro os óculos e depois as chaves			
Aponte primeiro a colher e depois os óculos			
Ponha os óculos entre a colher e as chaves			

Era uma vez....

A pessoa alvo de cuidados deverá bater uma palma de cada vez que ouvir a palavra “*Capuchinho*”.

Era uma vez...uma bela e ingênua menina chamada **Capuchinho** Vermelho.

A menina vivia com a mãe e tinha uma avó de quem gostava muito.

Um belo dia a avó adoeceu e a mãe de **Capuchinho** pediu-lhe que levasse uma cesta com comida para a avó comer.

A menina prontamente se mostra disposta a ajudar a mamãe. No entanto a casa da avó ficava no meio da floresta, longe da casa de **Capuchinho**.

Ainda no início do caminho para a casa da avó, **Capuchinho** Vermelho é interpelada pelo lobo, que puxa conversa e pergunta para onde é que ela vai.

Capuchinho, sem perceber a malícia, cai na conversa do lobo e diz que vai levar frutas para a avó que está adoentada.

O lobo, muito astuto, sugere que a menina siga por um determinado caminho, dizendo que é o melhor caminho para chegar na casa da avó. Esperto, ele vai por um caminho mais curto e chega primeiro.

O lobo bate na porta da casa da avó da **Capuchinho** e quando ela pergunta quem é, o lobo imita a voz de **Capuchinho**. A avó não se apercebe que é o lobo e diz-lhe como abrir a porta. Assim que vê a senhora, o lobo a devora num instante.

Rapidamente, ele coloca as roupas da avó e deita-se na cama para esperar a menina.

Quando **Capuchinho** bate à porta o lobo responde como se fosse a avó e a menina entra na casa.

Ao chegar perto da cama da avó, a menina estranha a sua aparência e pergunta:

“Ó vizinha, que orelhas tão grandes que tu tens!”

“São para te ouvir melhor minha netinha!”

“Ó vizinha, que olhos tão grandes que tu tens !”

“São para te ouvir melhor minha netinha!”

“Ó vizinha, que mãos tão grandes que tu tens!”

“São para te agarrar melhor minha netinha!”

“Ó vizinha, que boca grande que tu tens!”

“É para te comer melhor!”

O lobo finalmente devora a menina e deita-se na cama para dormir a sesta.

Mas um caçador que passava em frente à casa da avó, achou muito estranho o barulho do ressonar que vinha de lá de dentro. Então resolveu dar uma olhada.

Ao entrar na casa ele encontrou o lobo, com a barriga muito grande deitado na cama.

Foi então que teve uma ideia para salvar quem estava dentro da barriga do lobo. Com uma faca, abriu-lhe a barriga e tirou a **Capuchinho** e a avó de lá de dentro.

Depois **Capuchinho**, a avó e o caçador colocaram algumas pedras grandes na barriga do lobo.

Quando ele acordou, mal conseguia andar. Nunca mais conseguiu devorar ninguém!!!

6ª Sessão				
“Cores e emoções”				
Data: 03/03/23	Hora: 10.00h	Local: Gabinete multiusos	Duração: 45min.	Dinamizadores: Enfª Ana Sofia Barreira
Objetivos da atividade: • Promover a cognição social; • Promover a perceção visual; • Promover a visuoconstrução; • Promover o planeamento.				
Áreas de Intervenção: cognição social; perceptomotor (perceção visual e visuoconstrução); função executiva (planeamento)				
Descrição de Atividade		Recursos		
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão; • Mostrar imagens das várias emoções, solicitar ao(a) doente que as identifique; • Explorar as emoções identificadas: exemplos de situações em que nos podemos sentir assim; • Mostrar várias sequências de cores e solicitar ao(a) doente que as repita utilizando balões das mesmas cores; • Explorar as cores: qual a mais clara, qual a mais escura, qual gosta mais, qual a que gosta menos; • Solicitar ao(a) doente que desenhe o contorno do corpo humano com a cabeça, tronco, membros, olhos, nariz e boca; • Solicitar ao(a) doente que descreva as atividades necessárias para passar a ferro; • Explorar as atividades mais entediantes, as mais rápidas, contratempos que possam surgir; • Explicar ao(a) doente os domínios cognitivos e as funções motoras que foram estimuladas e qual o(s) benefício(s) destes exercícios; • Realizar avaliação da intervenção; • Agradecer a participação e colaboração do(a) doente.		• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Imagens com as emoções; • Folha com sequência de cores; • Balões de várias cores; • Folha em branco para desenho do contorno do corpo humano; • Folha de registo de atividades; • Computador.		

Avaliação

Das seis emoções apresentadas não identificou a “surpresa”. Não conseguiu dar exemplos de situações em que sente nojo.

Colabora na repetição de sequência de cores. Chama vermelho a várias cores diferentes. Repete as 10 sequências de cores, com ajuda em 7 das 10 sequências apresentadas.

No desenho do corpo humano foi necessário incentivar a doente a desenhar. Faz o esboço da figura humana com dificuldade. Necessário ajudar na localização das várias partes do corpo. Não conseguiu localizar a boca para fazer o respetivo desenho.

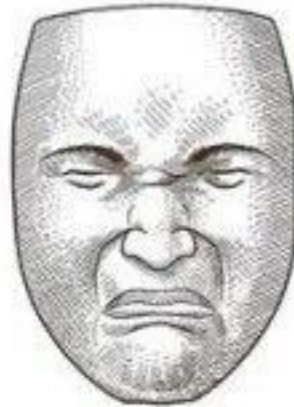
Descreve as atividades necessárias para passar a ferro, embora seja necessário ajuda para entender como se realiza esta atividade;

Atendendo ao desempenho da doente constata-se que os vários domínios estimulados estão comprometidos, sendo o perceptor motor o mais comprometido.

Emoções



Zangado



Nojo



Surpreso / Assustado



Feliz



Triste



Medo

Nome _____

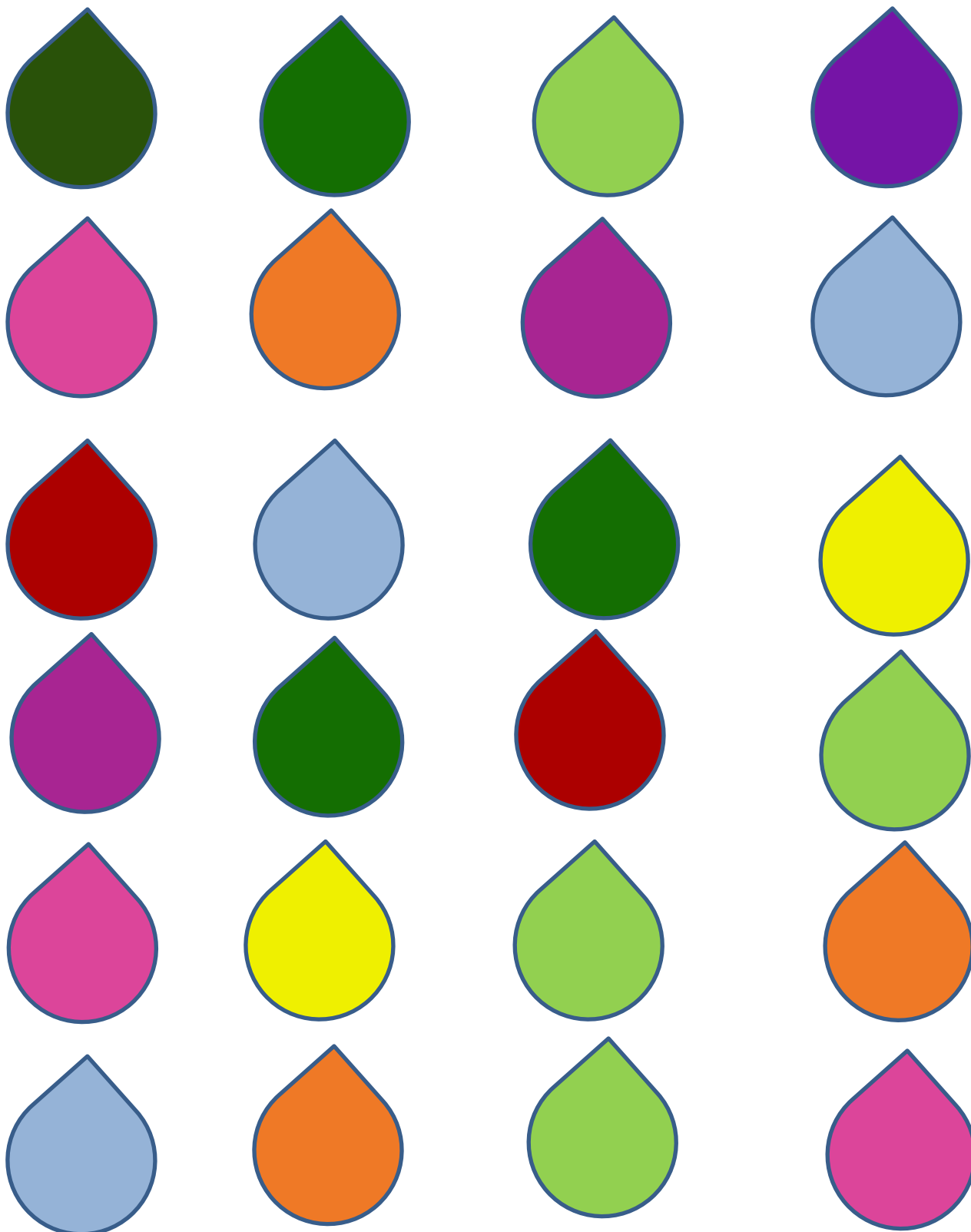
Data – 3/03/23

Emoções

Emoção	Identifica sozinho	Identifica com ajuda	Não identifica	Exemplos
Raiva	X			“Quando os vizinhos mandam o gado para o meu campo”(sic);
Nojo		X		Não consegue dar nenhum exemplo, mesmo com ajuda;
Medo		X		“Quando vejo um desconhecido com ar ameaçador”(sic);
Alegria	X			“Quando estou com a minha família”(sic);
Tristeza	X			“Quando tenho más notícias dos amigos ou da família”(sic);
Surpresa			X	

Nome _____ - Data - 03/03/2022

Sequência de Cores



Nome _____

Data – 03/03/2023

Corpo humano



Nome _____

Data – 03/03/23

Registo atividades

Atividade	Refere sozinho	Refere com ajuda	Não refere
Estender a roupa a secar	X		
Apanhar a roupa seca		X	
Abrir a tábua de passar a ferro		X	
Colocar o ferro em cima da tábua		X	
Ligar o ferro à corrente		X	
Esperar que o ferro aqueça	X		
Regular a temperatura e vapor	X		
Passar a roupa	X		
Dobrar a roupa	X		
Colocar a roupa passada no cesto	X		

Anexo V – Planeamento das Sessões de Reestruturação Cognitiva

PLANEAMENTO SESSÕES REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Sessão 1				
Data: 12/04/23	Hora: 14.30h	Local: domicílio cuidadora	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Destinatário: Cuidadora informal de familiar com doença Alzheimer;			Critérios de exclusão: • Estado confusional; • Agitação psicomotora; • Déficit cognitivo grave; • Sintomatologia heteróloga grave; • Ausência de condições de privacidade; Objetivos da sessão: • Identificar pensamentos disfuncionais; • Identificar crenças erróneas;	
Critérios de inclusão: • Cuidador informal com grau de parentesco ascendente, ou descendente, ou cônjuge da pessoa cuidada; • Ser cuidador principal (sem ser remunerado por essa atividade); • Residente na mesma habitação; • Maior de 18 anos; • Pessoa que sabe ler e escrever; • Com cognição preservada; • Com diagnóstico de enfermagem ativo de Humor Depressivo ou Ideação Suicida ou Pensamento Comprometido;				
Áreas de Intervenção: Humor depressivo;				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão e seus objetivos; • Relembrar dados recolhidos na entrevista clínica: - Pensamentos disfuncionais – “Preciso estar sempre a cuidar dela”; “Até tenho vergonha de dizer que tinha nojo de mudar a fralda à minha mãe”; “Tenho de cuidar dela, sou filha única”; - Sentimentos de culpa associados – “Sinto-me culpada por deixar a minha mãe em troca de atividades lúdicas”; “Custa-me deixar a minha mãe com outros”; • Discussão sobre impacto destes pensamentos na saúde mental e física da cuidadora: - Abordar relações familiares e sociais; - Explorar padrão de sono e repouso; - Explorar emoções associadas ao cuidado (desgosto, vergonha, raiva...); • Explicar objetivos da Reestruturação Cognitiva; • Oferecer contrato terapêutico para ler e assinar; • Explicar e oferecer Termo de Responsabilidade para ler e assinar; • Combinar trabalho entre sessões; • Fazer breve resumo da sessão;			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Folhas de papel / caderno; • Caneta / lápis;	

- Realizar avaliação da sessão;
- Agradecer a participação e colaboração da cuidadora.

Avaliação

Ao longo de toda a sessão foi notório o envolvimento da cuidadora no processo de autoconhecimento dos seus esquemas cognitivos, bem como o reconhecimento do impacto negativo que estes têm na sua vida pessoal, familiar e social.

Constatou-se que a relação terapêutica é sólida e o rapport foi convenientemente estabelecido pois a cuidadora refere várias vezes “Não sei como vos conto estas coisas que nunca contei a ninguém”. No primeiro momento da entrevista clínica ficou claro para nós que a utente precisava de mais tempo para se expressar e relacionar connosco, pelo que foi feito uma segunda entrevista antes do início da intervenção, o que surtiu efeito, pois a desenvoltura e fluidez de pensamento e linguagem que se constatou comprovam isso mesmo.

A cuidadora apresenta labilidade emocional, com choro compulsivo, ao refletir sobre algumas questões como o que da sua vida abdicou para poder cuidar da mãe, sem no entanto mostrar arrependimento, pois a mãe sempre foi uma grande ajuda na vida pessoal da cuidadora. Sentiu-se mais aliviada com esta partilha, tendo mesmo referido “estas coisas são mesmo uma catarse”.

Fez registo de um pensamento disfuncional e de argumentos que o contrariam, para se poder lembrar dos mesmos sempre que o volte a ter.

Referiu com entusiasmo o “ritual” de se vestir no dia de Páscoa. Assim, este tema serviu de mote para o trabalho de casa: continuar registo de pensamentos disfuncionais (se surgirem) e descrever como se vestiu para sair no dia seguinte, como se sentiu na realização dessa tarefa e se gostou do resultado final.

A sessão foi, por si só, um momento em que a cuidadora cuidou, realmente, de si própria.

De referir que a sessão decorreu no domicílio pelo que foram inevitáveis algumas interrupções para atender chamadas urgentes dos filhos e deitar a neta de 3 anos na cama.

Sessão 2				
Data: 13/04/23	Hora: 14.30h	Local: domicílio cuidadora	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Áreas de Intervenção: Humor depressivo;				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão e seus objetivos; • Rever tarefa entre sessões, analisar e discutir questões relevantes das mesmas, recorrendo à colaboração ativa da pessoa; • Identificar diferenças entre os pensamentos ocorridos durante as atividades solicitadas e os pensamentos habituais que ocorrem durante a realização das tarefas do dia a dia; • Comparar emoções experienciadas com a realização do trabalho entre sessões, com as emoções habitualmente experienciadas no dia a dia; • Identificação e discussão das vantagens e desvantagens dos pensamentos disfuncionais e dos pensamentos alternativos já sugeridos; • Combinar trabalho entre sessões (agendar saída de algumas horas com o marido no fim-de semana; combinar encontro presencial com amiga num café; fazer caminhada na zona habitacional; outra atividade, de acordo com a preferência da cuidadora); • Fazer breve resumo da sessão; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração da cuidadora.			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Folhas de papel / caderno; • Caneta / lápis;	
Avaliação				
Conforme planeado foi a uma consulta médica, mas não se “arranjou”: “saí porque tinha mesmo que ir, não porque me apetecesse”(sic). Neste tipo de saídas não sente culpa por deixar a mãe. Refere que depois de conversar com a equipa de enfermagem de saúde mental sente-se “muito cansada, muito pesada”. Não sente alívio de sintomatologia depressiva. Ao longo da sessão apresenta labilidade emocional, com breve choro compulsivo, principalmente quando se refere às suas prioridades “As minhas prioridades estão definidas como eu sendo a última das últimas pessoas a dar resposta”(sic). Reconhece que tem muita dificuldade em pedir ajuda, mesmo aos familiares próximos (marido). Estes não lhe negam apoio. Foram explorados os pensamentos que a levam a não pedir ajuda, as emoções				

que os acompanham, bem como o comportamento que tem na sequência dos mesmos. Por outro lado foi incentivada a refletir nos pensamentos, emoções e comportamentos que induz nos familiares mais próximos quando não solicita ajuda para as suas necessidades enquanto pessoa e cuidadora. Foram sugeridas estratégias para identificar e questionar a validade destes pensamentos disfuncionais, bem como foram sugeridos pensamentos funcionais alternativos.

Sessão 3				
Data: 18/04/23	Hora: 14.30h	Local: domicílio cuidadora	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Áreas de Intervenção: Humor depressivo;				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Explicar o funcionamento da sessão e seus objetivos; • Rever tarefa entre sessões, analisar e discutir questões relevantes das mesmas, recorrendo à colaboração ativa da pessoa; • Executar técnica de role play com a pessoa na situação: o marido tem como objetivo levá-la a almoçar à praia; • Analisar vantagens e desvantagens da saída por lazer; • Identificar e discutir pensamentos experienciados no papel do marido; • Identificar e discutir emoções experienciadas no papel do marido; • Identificar e discutir comportamentos induzidos pelos pensamentos da cuidadora; • Combinar trabalho entre sessões (registar pensamentos disfuncionais, emoções que condicionam e comportamentos que daí advêm; outra atividade, de acordo com a preferência da cuidadora); • Fazer breve resumo da sessão; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração da cuidadora.			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Folhas de papel / caderno; • Caneta / lápis;	
Avaliação				
No intervalo entre sessões, a senhora planeou e realizou um almoço de domingo para a família mais alargada (marido, filhos e cunhados, num total de 14 pessoas). Referiu que no sábado se sentiu muito angustiada “Tudo me estava a fazer confusão, estive quase para cancelar o almoço”(sic). Decidiu deixar todas as coisas já prontas de véspera (o que foi possível) e solicitar ajuda ao marido, tal como havia sido sugerido na sessão anterior. Como colaboraram em equipa, no domingo de manhã ainda tiveram tempo (o marido e a senhora) de tomar café numa esplanada, o que lhe proporcionou momento de muito prazer, algo também referido na sessão anterior. Quando questionada sobre a possibilidade de repetir a experiência referiu que seria e possível. Quando confrontada sobre a possibilidade de se sentir muito ansiosa com o eventos e a capacidade de lhe dar				

resposta, referiu: “vou pensar assim: se da outra vez consegui, desta também vou conseguir”(sic). Não reconhece esta mudança na forma de pensar.

Atendendo a este acontecimento, não foi possível ou houve necessidade de executar as atividades planeadas para a sessão. Foi explorada a situação com destaque para os pensamentos, emoções e comportamentos que a senhora foi experienciando no decorrer da preparação do evento e sua sua realização.

Tal como sugerido na sessão anterior, a senhora pediu ajuda a um familiar, não só na preparação do evento, mas também nas tarefas de cuidado à mãe. Diz que o fez porque se viu sem alternativa. Não reconhece esta mudança de pensamento sobre a necessidade de pedir ajuda / colaboração aos outros membros da família, que, habitualmente, atendem os seus pedidos. Foi explorada esta questão no sentido de proporcionar momento de reflexão sobre a qual a sensação de ser ajudada, de ter o marido a colaborar com ela num objetivo comum e qual o efeito (resultado) desta colaboração. Referiu que ficou muito agradada por ter conseguido executar as tarefas todas a que se propôs, da forma como as planeou e o bem estar que sentiu ao ver a família reunida, num ambiente salutar e muito agradável.

Foi elogiada pelos familiares mais afastados (cunhados). Refere mágoa por os filhos não terem o hábito de a elogiar. O marido por vezes elogia-a (foi o caso), pois há cerca de 2 anos chamou-o à razão sobre o apoio que teria da vida profissional e pessoal, caso surgisse algum imprevisto grave.

Reconhece a necessidade de retomar os contactos sociais (familiares e outros).

Mantém sono não reparador, com sonhos frequentes e inquietantes no final da noite. Reconhece que nem sempre cumpre regime terapêutico, quer por esquecimento, quer por receio de criar dependência dos fármacos. Fornecida informação sobre efeito farmacológico das benzodiazepinas, indicações terapêuticas e esquema de desmame das mesmas, para melhor adesão ao regime terapêutico.

A senhora terminou a sessão referindo que só agora se sente mais leve depois de conversar com a equipe de enfermagem de saúde mental. Não sente culpa por ter partilhado questões íntimas relativas aos seus familiares.

Durante a sessão apresentou breves momentos de labilidade emocional, mas já não chora compulsivamente.

Atendendo ao curto intervalo para a próxima sessão foi sugerido à senhora que registasse os seus pensamentos referentes ao evento que organizou, ou outros que entenda pertinentes.

Sessão 4				
Data: 20/04/23	Hora: 14.30h	Local: domicílio cuidadora	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Áreas de Intervenção: Humor depressivo;				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Rever tarefa entre sessões, analisar e discutir questões relevantes das mesmas, recorrendo à colaboração ativa da pessoa (descrição de acontecimentos, sugestões de alternativas); • Explicar o funcionamento da sessão, solicitar tópicos / questões a abordar e respetivos objetivos; • Instruir, treinar e registar a substituição / modificação pensamentos disfuncionais por pensamentos mais adequados. Exemplo: “Tudo estava a fazer muita confusão, quase desisti do almoço”; “Depois pensei: vou pedir a colaboração ao marido”; “Correu muito bem e adorei ter a família reunida”; • Identificar e analisar emoções induzidos pelos pensamentos da cuidadora; • Incentivar a repetição de experiências similares para que a cuidadora possa comparar pensamentos, e emoções com as alternativas sugeridas; • Combinar trabalho entre sessões (registar situação - pensamentos disfuncionais - emoções associadas – pensamentos alternativos – emoções associadas); outra atividade, de acordo com a preferência da cuidadora); • Fazer breve resumo da sessão; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração da cuidadora.			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Folhas de papel / caderno; • Caneta / lápis;	

Avaliação

No início desta sessão a senhora sentiu necessidade de esclarecimento de algumas questões da sessão anterior que não ficaram claras para si. Esta atitude revela que refletiu sobre os temas abordados na sessão.

Apresenta humor eutímico. Conseguiu relatar dois pesadelos recentes. Ainda sem adesão ao regime terapêutico (no que diz respeito à toma do clonazepan), pelo que foram prestados esclarecimentos sobre ação das benzodiazepinas, bem como desmistificada a questão da sua dependência.

Elaborou grelha de automonitorização com três situações sugeridas pela própria: andar de avião, pequenas alterações no estado da mãe (por exemplo sudorese) e pensamento ruminativo que a impede de tomar decisões (por exemplo ter de arrumar o armário). Identificou sem qualquer dificuldade as emoções que sente nestas alturas. Propôs (sob orientação) pensamentos alternativos e identificou (sem dificuldade) as emoções que poderá sentir nesses momentos se adotar os pensamentos alternativos sugeridos.

Foi novamente explicada a relação entre o pensamento e a emoção.

Reconhece a dificuldade que será enfrentar a ausência da mãe. Faz paralelismo com a saída dos filhos de casa “senti muito o ninho vazio”(sic).

Colaborou ativamente nas atividades de forma relaxada, demonstrando interesse pelos pensamentos alternativos e satisfação pelas emoções que daí podem advir.

Foi proposto que até à próxima sessão a senhora continue a completar a grelha de automonitorização.

Sessão 5				
Data: 02/05/23	Hora: 14.30h	Local: domicílio cuidadora	Duração: 45 min.	Dinamizadora: Enfª Ana Sofia Barreira
Áreas de Intervenção: Humor depressivo;				
Descrição de Atividade			Recursos	
• Gerir o ambiente físico; • Cumprimento inicial; • Rever tarefa entre sessões, analisar e discutir questões relevantes das mesmas, recorrendo à colaboração ativa da pessoa (descrição de acontecimentos, sugestões de alternativas); • Explicar o funcionamento da sessão, solicitar tópicos / questões a abordar e respetivos objetivos; • Encorajar a pessoa a rever acontecimentos para analisar os seus pensamentos e emoções relacionados com as alternativas sugeridas; • Incentivar a manutenção das tarefas de automonitorização e autocorreção dos pensamentos, bem como a aplicação das estratégias treinadas durante as sessões; • Rever competências adquiridas pela cuidadora ao longo das sessões (o que aprendeu com estas sessões; identificar aspetos mais significativos, entre outros); • Elaborar plano SOS (Stressores, Outras situações, Sintomas) com análise e discussão das respetivas estratégias desenvolvidas ao longo das sessões; • Identificar situações concretas em que poderá necessitar de ajuda diferenciada: ideação suicida; agravamento do humor depressivo; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração da cuidadora.			• Sala iluminada, mesa e cadeiras; • Folhas de papel / caderno; • Caneta / lápis;	

Avaliação

Desde a última sessão esta senhora tem feito algumas atividades diferentes do habitual e próprias desta época do ano. Fez um “Maio” para colocar na porta da entrada, com a colaboração do marido.

Referiu que é uma tradição de há vários anos que queria continuar a manter. Depois de terminar esta tarefa percebeu que não esteve a pensar na sua ausência de casa, nem no que poderia estar a acontecer à pessoa cuidada (que deixou acompanhada por um dos filhos). Ao tomar consciência desta diferença também percebeu que se sentia mais aliviada, mais despreocupada.

Pela primeira vez abordou a questão do descanso do cuidador com o marido. Este mostrou-se recetivo e apoiou esta iniciativa. Ponderaram aspetos positivos e negativos das duas opções possíveis para deixar a pessoa cuidada durante uns dias, para poderem ir de férias.

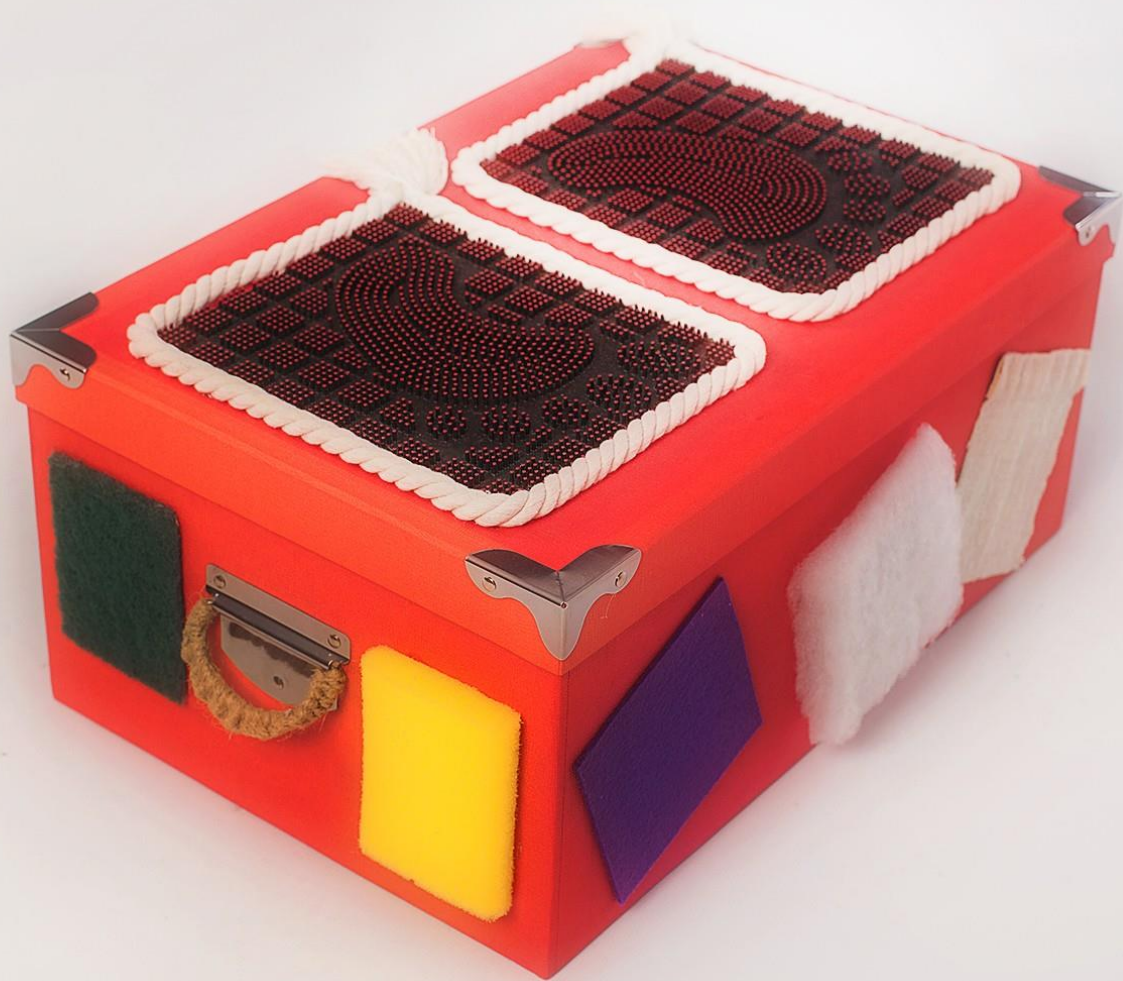
A cuidadora refere sentir-se, ainda, receosa desta decisão, mas reconhece a necessidade de repouso e aprecia o apoio que o marido lhe deu, depois de partilhar esta informação.

Identificou, sem dificuldade, os acontecimentos que lhe causam mais stress, as emoções associadas a esses acontecimentos, bem como potenciais situações que a podem desestabilizar emocionalmente.

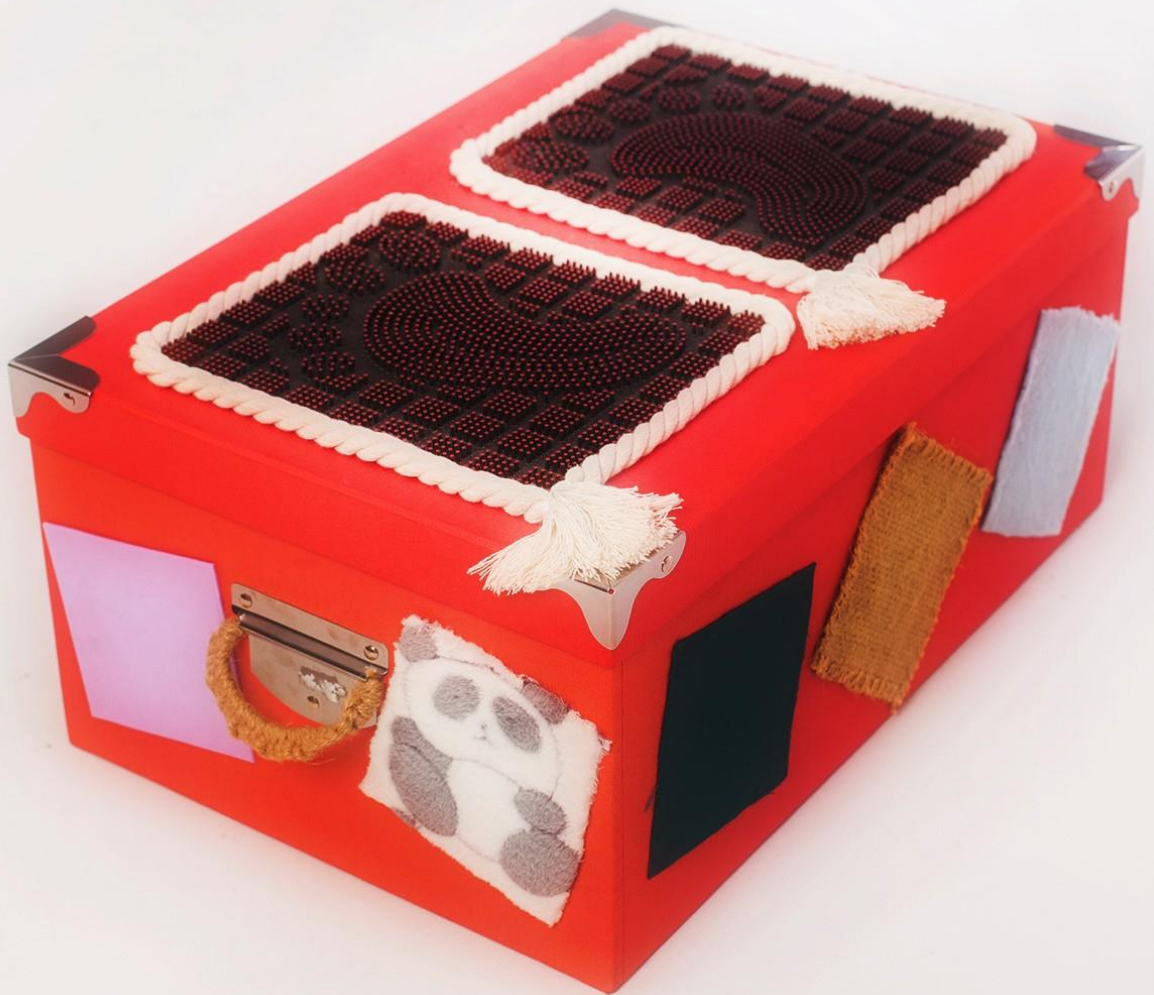
No final desta intervenção psicoterapêutica identifica competências adquiridas, tais como identifica o efeito dos seus pensamentos no seu estado de humor; identifica pensamentos alternativos; desenvolveu a capacidade de automonitorização de pensamentos, com recurso ao seu registo em documento que a própria foi desenvolvendo. Foi desenvolvendo estratégias de autocorreção dos pensamentos.

No final faz apreciação positiva da intervenção, no entanto reconhece que continua a precisar de acompanhamento para poder consolidar estas estratégias e desenvolver outras que se venham a mostrar necessárias.

Anexo VI – Mala de Estimulação Cognitiva



Anexo VII – Mala de Estimulação Cognitiva



Anexo VIII – Constituição da Mala de Estimulação Cognitiva



Anexo IX – Constituição da Mala de Estimulação Cognitiva



