



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Avaliação e intervenção do
Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica no comportamento

Relatório de estágio

Tânia Patrícia Ferreira Ribeiro

Porto | 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA NO COMPORTAMENTO

ASSESSMENT AND INTERVENTION BY THE SPECIALIST NURSE IN
MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING IN BEHAVIOR

Relatório de estágio orientado pela Professora Doutora Isilda
Ribeiro e coorientado pelo Professor Doutor Francisco Sampaio

Tânia Patrícia Ferreira Ribeiro

Porto, 2023

PENSAMENTO

“Se tratar um indivíduo como ele é, ele ficará como é, mas se o tratar como se fosse o que ele deveria ser e poderia ser, ele tornar-se-á o que deveria ser e poderia ser.”

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTO

Quero expressar o meu sincero agradecimento, em primeiro lugar, à Professora Doutora Isilda Ribeiro e ao Professor Doutor Francisco Sampaio por toda a disponibilidade, orientação e ensinamentos transmitidos ao longo da realização deste trabalho.

Agradeço as amizades que a frequência deste curso permitiu que fossem criadas. A elas, o meu obrigada por estarem ao meu lado, por caminharem comigo, por partilharem comigo o vosso conhecimento e, acima de tudo, por primarem por cuidados de excelência na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. Ana Sofia Barreira, Isabel Escrivães, Salomé Soares e Raquel Mendes, o meu muito obrigada.

Deixo um agradecimento em particular à grande mulher, mãe e amiga que fez esta caminhada de perto comigo. Querida Daniela Santos, obrigada pela inspiração que significas desde o primeiro dia e, acima de tudo, por me ajudares a manter-me firme nos momentos mais difíceis. Seguimos juntas.

Agradeço em especial à minha amiga Marta Gonçalves, que acreditou em mim desde o primeiro dia (ou até mesmo antes dele) e em quem vejo no olhar o brilho do orgulho na amiga por concluir o curso.

À minha família e amigos, agradeço a ajuda, apoio e compreensão que sempre demonstraram.

Ao Bruno, agradeço por estar sempre ao meu lado.

À minha filha Mafalda, por ser a minha inspiração em fazer mais e melhor.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde define comportamento de saúde como qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no domínio do comportamento permite às pessoas terem um maior controlo sobre os seus determinantes. A intervenção no comportamento visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa, tendo como objetivo evitar o agravamento do problema identificado.

O objetivo com a realização deste relatório foi demonstrar a aquisição de competências inerentes ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deste percurso fez parte o estágio clínico que foi realizado em três contextos clínicos: internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda; respostas diferenciadas; e comunitário.

No contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda e no de respostas diferenciadas, na presença do diagnóstico de abuso de álcool e abuso de drogas, respetivamente, foi realizada intervenção através da entrevista motivacional em pessoas que se encontravam no estágio de pré contemplação ou contemplação de acordo com o modelo transteórico de mudança. O instrumento de avaliação utilizado foi a escala de Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. O mesmo instrumento foi aplicado antes e após intervenção com o objetivo de avaliar a eficácia.

No contexto clínico comunitário foi realizada a intervenção de modificação do comportamento, na presença do diagnóstico de desempenho do papel de cuidador comprometido. O instrumento de avaliação utilizado foi o indicador Nursing Outcomes Classification desempenho do cuidador: cuidados diretos.

Os resultados obtidos nos dois primeiros contextos demonstram que a intervenção foi eficaz. A intervenção no contexto comunitário não terminou.

As condicionantes dos contextos, das pessoas, do enfermeiro, da intervenção, ou seja, um todo em relação é determinante para a eficácia da intervenção. Refletindo sobre a intervenção que não foi concluída, talvez para isso tenha contribuído o facto de não ter sido realizado um diagnóstico de situação abrangente o suficiente. Sem uma adequada avaliação, não é possível a eficácia da intervenção.

Como contributo na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi transversal em todos os contextos, o interesse que a intervenção despertou. Foi promovida a reflexão acerca da importância da prática clínica baseada na evidência, assim como a incorporação do conhecimento novo no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde das pessoas.

Palavras-chave: Pacientes; comportamento; motivação; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The World Health Organization defines health behavior as any activity undertaken by an individual, regardless of their health status, with the purpose of promoting, protecting, or maintaining their health.

The intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in the realm of behavior enables individuals to have greater control over their determinants. Behavioral intervention aims to contribute to the adaptation of an individual's responses, with the goal of preventing the exacerbation of identified problems.

The objective of this report was to demonstrate the acquisition of competencies inherent to the role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. This journey included clinical placements in three different clinical settings: inpatient care for individuals in acute clinical decompensation, differentiated responses, and community care.

In the inpatient setting for individuals in acute clinical decompensation and in cases of substance abuse diagnosis in differentiated responses, motivational interviewing was conducted with individuals in the pre-contemplation or contemplation stages, according to the Transtheoretical Model of Change. The assessment tool used was the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. The same instrument was applied before and after the intervention to assess its effectiveness.

In the community clinical context, behavior modification was performed in cases with a diagnosis of impaired caregiver role performance. The assessment tool used was the Nursing Outcomes Classification Caregiver Performance Indicator: Direct Care.

Results from the first two contexts demonstrate the effectiveness of the intervention. The intervention in the community context remains ongoing.

The contextual factors, individual characteristics, nursing care, and the intervention itself, in other words, the interplay of all these elements, are crucial for the effectiveness of the intervention. Reflecting on the intervention that was not completed, it may be due to the fact that a comprehensive situational diagnosis was not performed. Without proper assessment, intervention effectiveness cannot be ensured.

As a contribution to the field of Mental Health and Psychiatric Nursing, the interest sparked by the intervention was consistent across all contexts. It promoted reflection on the importance of evidence-based clinical practice, as well as the integration of new knowledge into the realm of healthcare practice, with the goal of improving the health of individuals.

Keywords: Patients; behavior; motivation; Psychiatric Nursing.

ABREVIATURAS

CIPE® – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DCL – Défice cognitivo ligeiro

EAFC – Escala de autoeficácia do familiar cuidador

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN – International Council of Nurses

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

MTT – Modelo Transteórico de Mudança

NANDA-I – NANDA International, Inc.

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 Conceito de comportamento.....	12
1.1.1 A influência da motivação na mudança do comportamento.....	14
1.1.2 Comportamento aditivo	17
1.2 O familiar no desempenho do papel de prestador de cuidados.....	18
2. PERCURSO DE ESTÁGIO.....	20
2.1 Estágio no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda	20
2.1.1 Caraterização do contexto.....	20
2.1.2 Do planeamento à implementação da intervenção	22
2.2 Estágio no contexto de respostas diferenciadas.....	27
2.2.1 Caraterização do contexto.....	27
2.2.2 Do planeamento à implementação da intervenção	28
2.3 Estágio no contexto comunitário.....	32
2.3.1 Caraterização do contexto.....	32
2.3.2 Do planeamento à implementação da intervenção	33
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	37
3.1 Competências comuns do Enfermeiro especialista	37
3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	39
3.2.1. Contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda.....	40
3.2.2. Contexto de respostas diferenciadas	42
3.2.3. Contexto comunitário	44
CONCLUSÃO	51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO I – Escala SOCRATES 8A.....	58
ANEXO II – Autorização para utilização da escala de SOCRATES.....	59
ANEXO III – Instrumento MoCA	60
ANEXO IV - Planeamento de sessões no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda.....	61
ANEXO V – Consentimento informado	63
ANEXO VI - Questionário de avaliação da satisfação das pessoas	64
ANEXO VII – Escala SOCRATES 8D	65
ANEXO VIII – Planeamento de sessões no contexto de respostas diferenciadas	66
ANEXO IX – Escala de autoeficácia do cuidador	68
ANEXO X – Autorização para utilização da escala de autoeficácia do cuidador	69
ANEXO XI – Planeamento de sessões no contexto comunitário	70
ANEXO XII – Resultado NOC desempenho do cuidador: cuidados diretos	72
ANEXO XIII - Mensagens escritas pelos reclusos	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Resultado da escala SOCRATES 8D antes da intervenção no contexto de respostas diferenciadas	31
Gráfico 2 - Resultado da escala SOCRATES 8D após a intervenção no contexto de respostas diferenciadas	31

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a intervenção no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda	23
Quadro 2 - Resultado da escala SOCRATES 8A antes e após a intervenção no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda.....	26
Quadro 3 – Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda para atingir as competências do EEESMP	42
Quadro 4 - Atividades desenvolvidas no contexto de respostas diferenciadas para atingir as competências do EEESMP	44
Quadro 5 - Atividades desenvolvidas no contexto comunitário para atingir as competências do EEESMP	46

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de “Estágio de natureza profissional com relatório – módulo II”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no ano letivo 2022/2023, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi proposta a elaboração de um relatório de estágio. O referido relatório foi realizado com a orientação da Professora Doutora Isilda Ribeiro e coorientação do Professor Doutor Francisco Sampaio.

Este trabalho tem como principal objetivo traduzir todo o processo formativo desenvolvido no decorrer desta unidade curricular, onde ficará evidente a aquisição de competências quer comuns, quer específicas no âmbito da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). O presente relatório encontra-se dividido em três partes: o enquadramento concetual, onde serão abordados os conceitos relacionados com a temática central em análise; a caracterização dos locais de estágio onde o mesmo decorreu, assim como a intervenção neles realizada desde o planeamento à sua implementação e, por fim, as competências adquiridas em cada contexto de estágio. O estágio foi realizado em três contextos clínicos diferentes: internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda; respostas diferenciadas; e comunitário.

Efetivamente, o estágio representa um momento de aprendizagem indispensável que permite não só a consolidação de conhecimentos, mas também, e acima de tudo, realizarmos uma ponte essencial entre a teoria e a prática. Permite a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuindo para a aquisição de experiência e competências profissionais. De igual modo, permite uma reflexão sobre a prática e aprendizagem no contacto com a realidade. Na elaboração do presente relatório, foi realizada pesquisa bibliográfica, tendo sido utilizado o método descritivo, assim como a análise crítico-reflexiva.

Para a obtenção da informação necessária, foi realizada pesquisa na biblioteca quer física quer on-line da ESEP e em bases de dados on-line (MEDLINE, CINAHL).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como base e ponto de partida para a elaboração do relatório de estágio, foi necessário definir um tema central, tema esse que serviu de fio condutor ao desenvolvimento do mesmo. Assim, o tema central escolhido foi o comportamento. Em seguida, neste capítulo do enquadramento conceitual, abordar-se-ão conceitos relacionados com o tema central e outros que surgem direta ou indiretamente relacionados com o mesmo no âmbito deste trabalho.

1.1 Conceito de comportamento

Para abordar o conceito de comportamento é importante perceber o seu objeto. Neste sentido, Skinner como citado em Sampaio (2005) refere que a ciência do comportamento humano pode ser entendida como o resultado da inter-relação de diferentes processos operando em três níveis: filogenético (relativo à espécie), ontogenético (relativo à pessoa) e cultural (relativo à sociedade).

Todorov (2012), por seu lado, refere que para a análise do comportamento é fundamental a interação, o que não quer dizer que comportamento seja sinónimo de interação.

A terapia comportamental apoia-se nas teorias sobre o comportamento que se desenvolveram a partir do início do século XX e que, na década de 50, teve grande repercussão através da obra de Skinner. Dentro da perspetiva comportamental existem dois tipos de comportamento: o conhecido como “comportamento respondente” (denominado assim por responder a um estímulo específico como os comportamentos reflexos, por exemplo), que tem carácter involuntário, e o “comportamento operante”, que tem carácter voluntário (Bahls & Navolar, 2004).

Além do conhecimento sobre as formas de comportamento, o conceito de “condicionamento” desempenha um papel fundamental dentro desta abordagem. Este conceito introduz a ideia de que os comportamentos são mutáveis, ou seja, que a partir de mudanças nas condições do ambiente podem ser alterados (Bahls & Navolar, 2004).

Nesta linha de pensamento, podemos dizer que diferentes tipos de interação definem diferentes classes de comportamento, dependendo da relação funcional entre comportamento e ambiente. Comportamento é, assim, a variável dependente (Todorov, 2012).

Fazendo uma ponte entre o conceito de comportamento e saúde, Kerbauy (2002) considera que os elementos mais importantes que se destacam quando se fala em comportamento e saúde são: fator de risco para a saúde e qualidade de vida. A análise do indivíduo passou de uma abordagem passiva e colocou-o como responsável pela sua saúde. O facto de a pessoa olhar para si própria e para o meio onde está inserida e descrever a sua interação com o mesmo, torna-a responsável pela sua interação. De certa forma, obriga a repensar o problema acerca do que leva as pessoas a praticarem comportamentos inadequados para a sua saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define comportamento de saúde como qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde, quer essa atividade seja objetivamente eficaz ou não para obter o fim pretendido. As alterações de comportamento podem beneficiar diretamente a saúde ou permitir um maior controlo sobre os seus determinantes. Assim, a mudança de comportamento continua a ser um elemento importante para a promoção da saúde. Os comportamentos de saúde são influenciados por fatores emocionais, cognitivos e interpessoais, bem como pelas habilidades individuais para a saúde (OMS, 2021).

As habilidades ou aptidões para a saúde consistem em competências pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas que permitem às pessoas controlar e dirigir as suas vidas, bem como desenvolver a capacidade de viver e produzir mudanças no seu ambiente para o tornar propício à saúde (OMS, 2021).

Em seguida, e depois da abordagem do conceito de comportamento e de comportamento de saúde, será realizada uma breve referência ao registo da informação dos Enfermeiros no âmbito da sua prática clínica, direcionado para o tema do presente relatório.

Em Portugal, toda a documentação de cuidados de Enfermagem é realizada por via da linguagem classificada preconizada pelo International Council of Nurses (ICN), presente na Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Na CIPE®, o foco de Enfermagem “Comportamento” engloba todos os problemas associados a questões de âmbito comportamental, tais como: “Autorrevelação”; “Comportamento assertivo”; “Comportamento de abstinência”; “Comportamento de procura de saúde”; “Comportamento espiritual”; “Comportamento lúdico”; “Comportamento positivo”; “Comportamento sexual”; “Ligação”; “Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos”; “Padrão de exercício”; “Padrão de higiene”; “Padrão de mobilidade”; “Padrão de repouso”; “Problema comportamental”.

Já segundo a NANDA International, Inc. (NANDA-I), o diagnóstico “Comportamento de saúde” surge no domínio da promoção da saúde com a seguinte definição: “Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 245).

À luz da Ontologia de Enfermagem, o conceito de comportamento surge inserido no eixo da ação, no domínio designado “problema comportamental”. Neste domínio inserem-se os diagnósticos: “Comportamento agressivo”, “Comportamento autodestrutivo”, “Abuso do álcool”, “Abuso do tabaco”, “Abuso de drogas” e “Comportamento aditivo sem substâncias”. De salientar que, no decorrer dos estágios realizados nos diferentes contextos, foram realizados estudos de caso segundo a Ontologia de Enfermagem, utilizando a plataforma e4nursing® disponibilizada pela ESEP.

Em seguida, e como forma de referir os diferentes conceitos que se relacionam com a temática central, será realizada uma abordagem sobre a influência da motivação na mudança do comportamento. Wyse (2018), defende a importância de compreendermos o que influencia o comportamento das pessoas, uma vez que nos permite compreender melhor como ocorre o estímulo que impulsiona as ações.

1.1.1 A influência da motivação na mudança do comportamento

A motivação pode ser definida como aquilo que impulsiona uma pessoa a realizar determinada tarefa, a agir de determinada forma ou ter certo comportamento. E este impulso pode vir de um estímulo interno (intrínseco) ou externo (extrínseco). É importante referir também que a motivação envolve alguns fenómenos, tais como: emocionais, biológicos e sociais, sendo um processo que direciona o comportamento humano para o cumprimento de determinados objetivos. Ainda sobre o seu significado, a origem da palavra motivação vem do latim “motivos”, que traz a denotação de algo relativo ao movimento. De facto, quando uma pessoa é motivada, isso causa nela um impulso novo, uma força impulsionadora para agir em busca de um objetivo (Wyse, 2018).

Segundo Robbins (2005, como citado em Wyse, 2018), a motivação possui três propriedades que a regem: a direção - o foco da pessoa no seu objetivo e como o atingir; a intensidade - se o objetivo proposto é atingido como algo que vai lhe trazer satisfação ou se será realizado por obrigação, e a permanência.

Malhadas e Nabais (2016) reforça a ideia de que, para apoiar o cliente na fase de tratamento, devemos estar atentos para a motivação que o mesmo apresenta para alterar o comportamento prejudicial.

Assim, a motivação enquanto razão ou desejo de ação, dá uma direção ao comportamento em função do objetivo que se pretende atingir, ou seja tem um propósito. Ao analisarmos a motivação enquanto processo podemos dizer que é dinâmica e, por isso, modificável (Barroso, 2020).

Para melhor compreendermos a motivação é importante conhecermos as suas características: é uma chave para a mudança, sendo necessária ao longo de todo o processo de mudança. A motivação tem um propósito, é intencional e positiva – voltada para os interesses do “eu”. Outra característica da motivação é ser multidimensional ou seja engloba fatores internos (que estão na base da mudança) e fatores externos que criam condições para a mudança. Uma outra característica prende-se com o fato de ser dinâmica e fluente no tempo. Depende dos contextos, das interações sociais, entre outras (Barroso, 2020).

O modelo de estádios de mudança desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente em 1982, designado Modelo Transteórico de Mudança (MTT), é um grande contributo para a compreensão da abordagem motivacional. Segundo este modelo, o processo de mudança caracteriza-se por ser dinâmico, como uma espiral, onde se encontram vários estágios por onde

a pessoa transita. A ideia fundamental deste modelo é o conceito de que a mudança é um fenómeno que ocorre por etapas progressivas, cada uma com características próprias, tornando assim fundamental a existência de intervenções específicas e diferenciadas, adequadas a cada momento no qual o indivíduo se encontra no decorrer do seu processo de mudança (Barroso, 2020).

Um dos autores do modelo, DiClemente, defende que os indivíduos passam da falta de consciencialização ou disposição para fazer algo sobre o problema, para a consideração da possibilidade de mudança, e daí para a determinação e para a preparação para essa mudança ao longo do tempo (DiClemente, 2001).

Os autores deste modelo chamaram às etapas progressivas de estádios de mudança. Cada um deles representa as várias etapas vivenciadas pelo indivíduo num processo de mudança, desde o momento em que está completamente alheado do problema e/ou não considera sequer a hipótese de mudar o comportamento, até ao momento em que põe em prática uma série de estratégias/ações para resolver o comportamento-problema, implicando-se num plano de manutenção dessas mesmas ações (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013).

O padrão de mudança é então, definido como um fenómeno em espiral, pressupondo movimento e evolução, e não com uma progressão linear. A única certeza é a de que a motivação permeia todo o processo, sendo por isso indispensável do início ao fim. O modelo transteórico de mudança está dividido em cinco estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013).

Na prática clínica esta teoria revela-se de extrema relevância uma vez que demonstra a importância de avaliar o estádio em que a pessoa se encontra, de forma a conseguirmos adaptar as intervenções em função disso. Sendo a motivação modificável, os profissionais de saúde podem utilizar diversos recursos no sentido de favorecer a mudança (Barroso, 2020).

No subcapítulo seguinte será abordado o comportamento aditivo. Esta necessidade surge do facto de realizar intervenção junto de pessoas com consumo de substâncias.

1.1.2 Comportamento aditivo

A abordagem deste subcapítulo referente ao comportamento aditivo surge pelo facto de, em dois dos contextos de estágio, a intervenção ter sido realizada junto de pessoas com consumos de substâncias.

Os comportamentos aditivos, cada vez mais plurais, afetam largamente as pessoas e as sociedades. São inúmeras as possibilidades de se gerarem usos não controlados de substâncias, objetos e atividades humanas (Coombs, 2004).

Segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-5) publicado pela American Psychiatric Association (APA), o distúrbio por uso de substância é um padrão de uso de qualquer tipo de substância. Dentre elas, são categorizados os relacionados a: álcool; cannabis; alucinogéneos; inalantes; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes e tabaco (American Psychiatric Association, 2013).

Além dos citados acima, classificados como substâncias, o DSM-5 ainda faz referência aos distúrbios não relacionados às substâncias, como é o caso do “Transtorno do jogo pela internet”.

Quando se combinam uso compulsivo, perda de controlo e uso continuado, apesar das mais graves consequências adversas, estaremos perante comportamentos aditivos (Smith & Seymour, 2004).

Segundo Seabra e Sequeira in Sequeira e Sampaio (2020), os comportamentos aditivos são comportamentos com características impulsivas-compulsivas. Como dados para a identificação deste diagnóstico os autores referem: ação repetida da pessoa exercida de forma compulsiva; dificuldade de controlo sobre a ação; e a ação implica prejuízo nas atividades de vida diária. São necessárias intervenções específicas para trabalhar os processos de adição, sob pena de evoluírem para uma situação de dependência.

Embora muito tenha sido aprendido sobre o cérebro e o comportamento humano nos últimos anos, ainda muito mais há a aprender. Na dependência, estamos perante uma mistura altamente complexa de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Smith & Seymour, 2004).

O conceito de dependência levou a que a mesma fosse encarada como uma doença comportamental, com características comportamentais específicas (Smith & Seymour, 2004).

Segundo o mesmo autor, a dependência é uma doença do foro cerebral. Tal como a diabetes, é uma doença crónica que, na melhor das hipóteses, é controlada, mas não se consegue a cura. Embora a doença seja incurável, pode ser realizada a “remissão” através da implementação de intervenções dirigidas.

Para concluir, e fazendo uma ponte entre este subcapítulo e o anterior, Prochaska, DiClemente & Norcross (1992), na sua pesquisa sobre o porquê da mudança de comportamento em relação ao comportamento aditivo, concluíram que é necessário avaliar o estágio de preparação para a mudança. Só assim é possível adaptar as intervenções em conformidade. Segundo os autores, um modelo mais explícito melhoraria o tratamento tornando-o mais eficiente e integrativo.

Seguindo o tema central do presente relatório em seguida será abordado o conceito de familiar cuidador. Esta abordagem surge pelo fato de, no estágio realizado no contexto comunitário a intervenção ter sido realizada junto de familiares cuidadores.

1.2 O familiar no desempenho do papel de prestador de cuidados

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção. Em Portugal, as alterações na estrutura etária da população, nomeadamente o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, resultam na continuação do processo de envelhecimento demográfico (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A par do envelhecimento crescente da população ocorre o aumento da incidência e prevalência de patologias associadas a esta faixa etária, o que implica necessidade de cuidados, e cada vez mais específicos. Não raras vezes, a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência é realizada por familiares que assumem, assim, o papel de familiar cuidador (Sousa et al., 2020).

O familiar cuidador consiste em alguém que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade. O seu dia-a-dia passa a organizar-se em função das necessidades do familiar que é cuidado (Ferré-Grau et al., 2011, como citado em Sousa et al., 2020).

Quanto à classificação do familiar cuidador, segundo Sequeira (2018, como citado em Sousa et al., 2020) podemos distinguir três tipos: cuidador primário ou principal; cuidador secundário e cuidador terciário.

Segundo o ICN (2019), o familiar cuidador é o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família. Já o papel de cuidador diz respeito ao papel que a pessoa desempenha ao interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando a expectativa das instituições de cuidados de saúde e dos profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados, expressando estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores, sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.

Bento, Amaral e Silva (2021) realizaram um estudo sobre a prestação de cuidados de Enfermagem a pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário. A prestação de cuidados a pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e a sua provisão revelaram-se, ao longo deste estudo, como realidades complexas e multidimensionais. Tal facto deve-se a questões relacionadas com o envelhecimento quer da pessoa dependente, quer do familiar cuidador. A elevada percentagem de familiares cuidadores que não têm capacidade para o exercício do papel de tomar conta, em diferentes domínios do autocuidado, contribui para um comprometimento da prestação de cuidados.

A responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido identificada como um dos fatores que pode precipitar crises familiares e afetar especialmente o cuidador principal, que é o membro da família que suporta a maior carga física e emocional dos cuidados (Veríssimo, 2004 como citado em Lopes, 2007).

2. PERCURSO DE ESTÁGIO

Como já foi referido no capítulo da introdução, o estágio no âmbito da unidade curricular a que se refere o presente relatório foi realizado em três contextos distintos: internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda; contexto de respostas diferenciadas e contexto comunitário. Tendo isso em consideração, nos diferentes contextos de estágio, foi necessário planear e definir a intervenção que fosse necessária e aplicável em cada contexto. Em seguida, e para cada um dos contextos anteriormente referidos, será apresentada a descrição do mesmo, o planeamento da intervenção assim como a intervenção realizada no contexto em questão.

2.1 Estágio no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda

O primeiro contexto no qual se realizou estágio no módulo II foi no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda. O estágio neste contexto foi desenvolvido no período compreendido entre sete de fevereiro de 2023 e 16 de março de 2023. Apresenta-se, em seguida, a caracterização do mesmo.

2.1.1 Caracterização do contexto

O serviço de internamento tem uma capacidade máxima para 28 pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, sendo um internamento de adultos.

A zona efetiva de internamento dispõe de infraestruturas que dão resposta às necessidades dos doentes e profissionais de saúde. Em relação às condições físicas importa referir que existe uma sala de convívio com possibilidade de fechar uma parte e transformar em zona de atividades. O serviço tem um jardim, ao qual os doentes têm acessos em horas devidamente estipuladas. Ainda dentro do serviço, mas fora da zona efetiva de internamento, existe uma área administrativa.

A equipa de Enfermagem é composta por Enfermeiros de cuidados gerais e, em maior número, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O internamento do serviço de Psiquiatria é orientado para a doença mental em situação de descompensação clínica aguda, direcionado para o adulto e tem como objetivo último a estabilização da sintomatologia apresentada, em busca do equilíbrio, no sentido de promover a autonomia e funcionalidade da pessoa. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado uma alteração deste paradigma, sendo que cada vez mais existe no internamento doentes sem suporte familiar/social, os quais se mantêm internados a aguardar resolução social. Tal situação, exigiu uma alteração da intervenção por parte da instituição e dos profissionais, no sentido de dar resposta a estes casos.

No período em que foi realizado o estágio, no momento inicial existiam seis pessoas com dependência parcial a total, em que cerca de 30% aguardavam resolução social. As patologias mais frequentes eram demências, quadros depressivos, esquizofrenia e perturbação da personalidade. Os diagnósticos de Enfermagem maioritariamente identificados, e de acordo com a Ontologia de Enfermagem foram: pensamento comprometido, humor depressivo, memória comprometida, delírio e alucinação.

No internamento são realizadas intervenções psicoterapêuticas em grupo. Estas têm como objetivos: a partilha de experiências e consciencialização da pessoa para a sua situação psicopatológica atual; desenvolver as aptidões pessoais e interpessoais, bem como explorar a expressão corporal como ferramenta no âmbito da intervenção socioeducativa e psicoterapêutica; promover a aceitação do estado de saúde da pessoa, bem como informar as pessoas sobre a sintomatologia da doença e assistir na identificação de sintomas de crise. Com periodicidade semanal são realizadas reuniões multidisciplinares, onde são discutidos os casos clínicos das pessoas internadas, com discussão das hipóteses diagnósticas, a sua evolução no

internamento e perspetiva sobre a orientação da pessoa no período pós-alta. Nesta reunião multidisciplinar está presente a equipa de Enfermagem, equipa médica e a assistente social.

No internamento são ainda efetuadas sessões de tratamento através de electroconvulsivoterapia, tanto a pessoas em regime ambulatorio como a pessoas que se encontram internadas.

2.1.2 Do planeamento à implementação da intervenção

Neste contexto foi identificada a necessidade de abordar a motivação para a mudança de comportamento intervindo, para tal, nas pessoas com abuso de substâncias (álcool ou drogas).

Foi definido aplicar a escala Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), no sentido de avaliar a motivação para a mudança de comportamento e, posteriormente, intervir através da entrevista motivacional. No caso concreto da intervenção realizada neste contexto, foi aplicada a escala SOCRATES 8A para avaliar a motivação para a mudança de comportamento em relação ao consumo de álcool (Anexo I). No final da intervenção, foi aplicada de novo a mesma escala SOCRATES utilizada inicialmente para avaliar os resultados após intervenção.

Foi solicitada autorização por escrito para a utilização da referida escala, aos autores da versão portuguesa da mesma, a qual foi concedida e cuja informação foi colocada em anexo (Anexo II).

Em seguida para facilitar a organização da informação será apresentado um quadro com os critérios de inclusão e exclusão que foram definidos para a intervenção neste contexto. Posteriormente à apresentação do quadro será colocada a justificação das opções tomadas.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com mais de 18 anos de idade; • Pessoas com identificação na história clínica de consumo de substâncias (álcool ou drogas); • Pessoas em que, após aplicação da escala de SOCRATES, se encontrem no estágio de mudança de pré-contemplação ou contemplação de acordo com o modelo transteórico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com déficit auditivo e/ou visual em que se verifique incapacidade de leitura e compreensão da informação; • Pessoas em situação de analfabetização; • Pessoas com descompensação aguda em situação de instabilidade; • Pessoas com déficit cognitivo.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a intervenção no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda

Tendo em consideração que o estudo de adaptação à população portuguesa da SOCRATES foi realizado em população adulta, foi definida essa faixa etária como critério de inclusão (Janeiro e Faísca, 2019).

A escala de SOCRATES foi originalmente concebida por William Miller em 1987 com o objetivo de avaliar em qual dos cinco estádios de mudança se encontravam os indivíduos em tratamento com problemas ligados ao álcool. Mais tarde, e após vários estudos realizados, Miller & Tonigan (1996) como citado em Janeiro e Faísca (2019), concluíram que a mesma avaliava a motivação para a mudança através de três fatores independentes subjacentes aos estádios de mudança: ação, reconhecimento do problema e ambivalência. Contudo, Janeiro e Faísca (2019) apresentam uma segunda proposta interpretativa que se baseia na articulação entre o significado atribuído aos fatores identificados na SOCRATES e o modelo transteórico. Com base nessa articulação, cada pessoa pode ser alocada a um estágio de mudança em função da pontuação percentílica obtida nas subescalas reconhecimento do problema e ação.

Miller & Rollnick (2009) como citado em Sequeira e Sampaio (2020) referem que a entrevista motivacional fornece um exemplo claro de como é possível os profissionais de saúde ajudarem as pessoas a transitarem dos estádios de pré-contemplação e contemplação para preparação e ação.

Segundo Miller & Rollnick (2016, p. 28) “A entrevista motivacional é um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar.”

A escala SOCRATES é um instrumento de autopreenchimento (Janeiro e Faísca, 2019). É necessária a capacidade da pessoa ler e escrever para poder realizar o seu preenchimento.

Em relação à avaliação do défice cognitivo, foi utilizado o instrumento Montreal Cognitive Assessment (MoCA) que foi colocado em anexo a este documento (Anexo III).

Nasreddine et al. (2005) referem que o MoCA é um instrumento de avaliação cognitiva com alta sensibilidade e especificidade para deteção do défice cognitivo ligeiro em comparação com os resultados obtidos através da aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE). Nazem, et al. (2009) vêm apoiar esta afirmação. Os autores referem que o MoCA é um instrumento mais sensível em comparação com o MMSE na deteção do défice cognitivo ligeiro (DCL).

Copersino et al. (2009) citado por Wester et al. (2013), refere que o MoCA fornece informação acerca do funcionamento cognitivo, avaliando diversos domínios cognitivos, como memória, habilidades visuoespaciais, função executiva, atenção, concentração, linguagem, fluência e orientação. O instrumento foi considerado sensível para detetar o défice cognitivo ligeiro em doentes com diagnóstico de abuso de substâncias. Assim, e tendo em atenção ao anteriormente referido em relação à avaliação da cognição foi utilizado o instrumento MoCA para a avaliação da mesma.

Foi realizado o planeamento das sessões que coloco em anexo (Anexo IV). O planeamento foi realizado de acordo com o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem preconizado por Sampaio et al. (2018).

Depois de abordar o planeamento da intervenção realizado, segue-se agora para a abordagem da intervenção em si.

No dia 17 de fevereiro de 2023 foi internada no serviço uma pessoa com perturbação depressiva e abuso de álcool. Uma pessoa que à admissão se apresentava isolada e pouco comunicativa. Com o passar dos dias de internamento, a pessoa estava mais comunicativa, presente e colaborante nas atividades de grupo. No dia 26 de fevereiro foi realizada a entrevista clínica. Em relação à escala de SOCRATES 8A, a pessoa teve a seguinte pontuação nos três fatores independentes subjacentes aos estádios de mudança: no reconhecimento do problema teve uma pontuação de 27; na ação teve uma pontuação de 36; e no que se refere à ambivalência teve um total de 17.

Assim, e de acordo com Janeiro e Faísca (2019), a pessoa apresentava uma pontuação alta no reconhecimento do problema, baixa na ação e alta na ambivalência. Em suma, e de acordo com o guia de interpretação dos fatores da SOCRATES, a pessoa reconhece que tem um problema e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança; mas não está a fazer nada para mudar.

Os mesmos autores referem que a pontuação alta obtida na ambivalência pode indicar alguma abertura da pessoa à reflexão, tal como é expectável no estágio de mudança de contemplação. No que se refere à segunda proposta interpretativa dos fatores da SOCRATES de acordo com o modelo transteórico, a pessoa encontrava-se no estágio de mudança de contemplação – a pessoa reconhece o problema, mas não atua.

Relativamente à avaliação da cognição, a pessoa teve uma pontuação de 24 após aplicação do instrumento MoCA, sendo considerada uma pontuação normal aquela igual ou superior a 26.

Wester et al. (2013), realizaram um estudo sobre a avaliação cognitiva do MoCA, cujo resultado sugere que o instrumento tem poder discriminatório no diagnóstico de pessoas com défice cognitivo relacionados com o uso de álcool e capacidades preditivas no que diz respeito à gravidade do compromisso da memória. Segundo os mesmos autores, embora se possa concluir que o MoCA é uma ferramenta de rastreio útil, importa sublinhar que não pode substituir uma avaliação neuropsicológica mais extensa.

Heirene et al. (2018), realizaram um estudo relacionado com a identificação e avaliação de instrumentos neuropsicológicos utilizados na avaliação do défice cognitivo em situações de uso de álcool. Neste estudo, e no que se refere aos instrumentos de avaliação da cognição, o MoCA demonstrou sensibilidade e especificidade de boa a excelente. Segundo Oudman et al. (2014) citado por Heirene et al. (2018), embora os instrumentos apresentem uma boa capacidade de triagem, os seus valores devem ser interpretados com cautela, uma vez que a proporção igual para os controlos investigados por Oudman et al. (2014) não reflete ambientes clínicos típicos e, portanto, os valores provavelmente diminuiriam em tais cenários. Neste contexto, Oudman et al. (2014), sugerem ajustes na nota de corte para resultar na melhor habilidade discriminatória possível. Os achados combinados de Oudman et al. (2014) e Wester et al. (2013) sugerem que um ponto de corte de ≤ 23 é necessário para distinguir entre indivíduos com e sem comprometimento cognitivo. Assim, e tendo em consideração esta informação, foi decidido integrar a pessoa na intervenção.

Bruijnen et al. (2018), por seu lado, referem que embora o MoCA possa ser usado para avaliar a cognição em situação de dependência, a sensibilidade do instrumento não é a ideal, o que deve ser tido em conta na interpretação dos resultados.

Validados critérios de inclusão e exclusão para a intervenção, assim como depois de realizada a caracterização do diagnóstico de abuso de álcool, a pessoa foi informada sobre o diagnóstico de

enfermagem identificado e a intervenção que iria ser realizada. A pessoa consentiu e assinou o consentimento informado (Anexo V).

Em relação ao desenvolvimento das sessões, e de uma forma geral, o planeamento foi cumprido. Existiu alguma dificuldade na gestão do tempo no decorrer das sessões dada a crescente necessidade em comunicar que a pessoa foi demonstrando. No caso concreto da pessoa em questão, o consumo de álcool surgiu na sequência de múltiplas perdas vividas, numa tentativa de esquecer a “solidão”. Foi possível intervir na motivação para a mudança em relação ao consumo de álcool, permitindo que a pessoa escolhesse o caminho que queria seguir. Numa fase inicial, a pessoa verbalizava insegurança e medo. Com o passar do tempo, foi demonstrando sinais de maior confiança em si e vontade em mudar.

Após a intervenção, foi realizado um momento final de avaliação com a pessoa, onde foi novamente preenchida a escala SOCRATES 8A. Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos na escala de SOCRATES 8A antes e após a realização da intervenção.

	Antes da intervenção			Depois da intervenção		
	Reconhecimento do problema	Ação	Ambivalência	Reconhecimento do problema	Ação	Ambivalência
Pontuação total	27	36	17	27	38	17
Percentil	60	40	80	60	60	80

Quadro 2 - Resultado da escala SOCRATES 8A antes e após a intervenção no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda

A pessoa manteve a pontuação no fator reconhecimento do problema e ambivalência, mas apresenta uma pontuação mais alta no fator da ação. Segundo Janeiro e Faísca (2019) uma pontuação alta no fator ação é preditora de mudança.

De referir que a intervenção foi realizada em contexto de internamento, num ambiente controlado e não familiar, o que poderá ter influenciado o resultado da intervenção. Neste momento final, foi entregue à pessoa um questionário de avaliação de satisfação (Anexo VI), cuja resposta a todas as questões foi unânime: Concordo fortemente.

2.2 Estágio no contexto de respostas diferenciadas

O segundo contexto onde foi realizado estágio no módulo II foi no contexto de respostas diferenciadas. O estágio neste contexto foi desenvolvido no período compreendido entre 20 de março de 2023 e 3 de maio de 2023. Apresento, em seguida, e à semelhança do realizado no contexto anterior, a caracterização do mesmo.

2.2.1 Caracterização do contexto

O estágio no contexto de respostas diferenciadas foi realizado num estabelecimento prisional da zona norte.

Relativamente aos serviços clínicos do referido estabelecimento, dele fazem parte médicos, enfermeiros e psicólogos. Exercem funções enfermeiros de cuidados gerais e também enfermeiros com especialidade nas diversas áreas, incluindo da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Fazendo parte integrante do espaço físico dos serviços clínicos do estabelecimento, existe uma unidade onde estão pessoas em situação de reclusão com história de toxicod dependência, em situação de abstinência. Assim, em seguida, será realizada a caracterização desta unidade em específico.

A referida unidade presta cuidados sociais e de saúde com o objetivo de ajudar os seus membros que têm problemas relacionados com a toxicod dependência. Esta estrutura, de funcionamento contínuo e permanente, contempla pessoas em situação de reclusão com comportamentos

aditivos independentemente da sua condição biopsicossocial. Consiste num programa voluntário, isento de drogas, álcool e de terapêuticas de substituição.

No período que foi realizado o estágio faziam parte desta unidade 12 pessoas em situação de reclusão. Existe uma planificação com a distribuição das tarefas que cada pessoa deve cumprir, assim como um plano de tratamento mensal com os objetivos a que se propõem atingir. A unidade encontra-se dividida por hierarquias, sendo que na base encontram-se os novos membros, que são os reclusos mais recentes da unidade; depois os membros responsáveis; seguidos pelos velhos membros e, no topo da pirâmide, está o membro responsável. Cada membro desempenha funções específicas de acordo com a sua posição na hierarquia.

Tendo em consideração as necessidades identificadas neste contexto, a intervenção foi realizada com as pessoas em situação de reclusão da referida unidade.

2.2.2 Do planeamento à implementação da intervenção

Neste campo de estágio, e tendo em consideração as suas características, foi decidido trabalhar em dinâmica de grupo com as pessoas em situação de reclusão que fazem parte da unidade. Neste contexto, foi planeado intervir em pessoas em situação de reclusão com antecedentes de consumo de drogas. Num momento inicial foi aplicada a escala de SOCRATES 8D (Anexo VII), no sentido de avaliar a motivação para a mudança de comportamento em relação ao uso de drogas. Após aplicação da escala foram selecionados as pessoas a incluir na intervenção mediante os resultados obtidos.

À semelhança do contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda, foi realizado o planeamento das sessões que foi colocado em anexo (Anexo VIII) seguindo o modelo de intervenção psicoterapêutica de Enfermagem de Sampaio et al. (2018).

Relativamente aos critérios de inclusão neste contexto foi definido o seguinte: pessoas em situação de reclusão com identificação na história clínica de consumo de drogas; pessoas em situação de reclusão em que, após aplicação da escala de SOCRATES 8D, se encontrem no

estádio de mudança de pré-contemplação ou contemplação de acordo com o modelo transteórico. Como critérios de exclusão: pessoas em situação de reclusão com défice auditivo e/ou visual em que se verifique incapacidade de leitura e compreensão da informação; pessoas em situação de reclusão em situação de analfabetização; pessoas em situação de reclusão com défice cognitivo. Relativamente à avaliação do défice cognitivo, o mesmo é critério de exclusão de admissão à referida unidade. Assim, e por esse motivo, não foi realizada avaliação do mesmo. A justificação das opções tomadas relativamente a critérios de inclusão e de exclusão vão de encontro ao referido no anterior contexto.

Em relação à avaliação inicial, a mesma foi realizada em dinâmica de grupo por indicação do Enfermeiro-tutor. Apesar de salientar a importância do contacto individual, no sentido de estabelecer com mais facilidade uma relação terapêutica com as pessoas em situação de reclusão, foi indicado que teria de ser realizada uma avaliação inicial em dinâmica de grupo. O grupo tinha 12 pessoas em situação de reclusão, sendo que dois estavam na iminência de sair em liberdade, o que aconteceu no decorrer da intervenção.

Foi realizada a sessão de avaliação inicial, em grupo, na qual foi entregue a escala SOCRATES 8D e, depois da devida e necessária explicação da mesma, as pessoas realizaram o seu preenchimento. Do grupo de 12 pessoas em situação de reclusão, cinco encontravam-se no estágio de pré-contemplação e três no estágio de contemplação. De salientar que, a estas pessoas, foi explicada a intervenção a realizar e entregue o consentimento informado como realizado no anterior contexto. Neste contexto, foram incluídos na intervenção um total de oito pessoas em situação de reclusão.

A intervenção teve início a 14 de abril de 2023, mas não decorreu conforme planeado por motivos relacionados com a gestão de tempo. Em dinâmica de grupo, é necessária uma maior capacidade de gestão de tempo. Com o decorrer da intervenção, e depois do estabelecimento da relação terapêutica, foi sendo progressivamente cada vez mais evidente a vontade em participar e partilhar os seus sentimentos, os seus receios, as suas ambições, entre outros, por parte das pessoas. A crescente vontade de participação e intervenção das pessoas em situação de reclusão durante as sessões, levou a que fosse necessário realizar um ajuste ao planeamento das sessões.

Foram realizadas um total de cinco sessões. Como já referi, as pessoas em situação de reclusão demonstraram, com o passar do tempo, uma grande necessidade de partilha. No grupo, foi

notória a vontade na direção da mudança e em mudar. A par da vontade de mudança, as pessoas foram sempre fazendo referência ao estigma associado à reclusão.

Sayão & Acioly (2020) num artigo publicado sobre a desumanização fala sobre a ausência de uma individualização da história de vida das pessoas em situação de reclusão. Os reclusos são encarados pela sociedade como um grupo de pessoas que erraram, não sendo encarada a vida de cada pessoa como um ser individual, no sentido amplo e abrangente do termo.

Goffman (2004) citado por Sayão e Acioly (2020) refere que o estigma se refere a um processo social de dois papéis, em que cada indivíduo participa em ambos. Segundo o mesmo autor, é errado pensar o estigma enquanto conjunto de indivíduos concretos que se divide em dois tipos, os estigmatizados e os normais. Os conceitos citados não se referem a pessoas, mas perspectivas que surgem a partir de situações durante os contatos (estigmatizados com não estigmatizados), em virtude de expectativas criadas. Diversas vezes, o estigmatizado em relação a determinado aspeto, exhibe preconceitos contra outros perante determinada situação.

O contexto de reclusão é delicado por tudo que envolve entre passado, presente e futuro. É importante falar sobre o estigma que existe, no sentido de capacitar a pessoa em situação de reclusão para a tão importante reinserção social. Um aspeto importante a abordar, e indo de encontro ao referido por Goffman (2004) citado por Sayão e Acioly (2020) é que o estigma pode surgir de qualquer pessoa. A pessoa em situação de reclusão tanto pode ser alvo de estigma, como estigmatizar o outro.

No final de cada sessão, e por indicação do enfermeiro-tutor foi entregue um questionário de avaliação de satisfação a cada pessoa. Grande parte das pessoas em situação de reclusão escreveu que era necessário mais tempo de sessão e agradecia o respeito demonstrado pela Enfermeira. Em relação a este aspeto, importa referir que antes do início da intervenção, o Enfermeiro-tutor alertou para a importância de o grupo sentir a disponibilidade do enfermeiro. Durante cada sessão era importante manter a atenção, a postura, o interesse e a disponibilidade. Caso contrário, existia o risco das pessoas não estarem concentrados e como tal não beneficiarem com a intervenção.

No final das sessões, foi novamente entregue a escala SOCRATES 8D que as 8 pessoas em situação de reclusão preencheram, no sentido de avaliar a eficácia da intervenção. Em seguida serão apresentados dois gráficos relativos à análise dos resultados obtidos antes e após a intervenção.

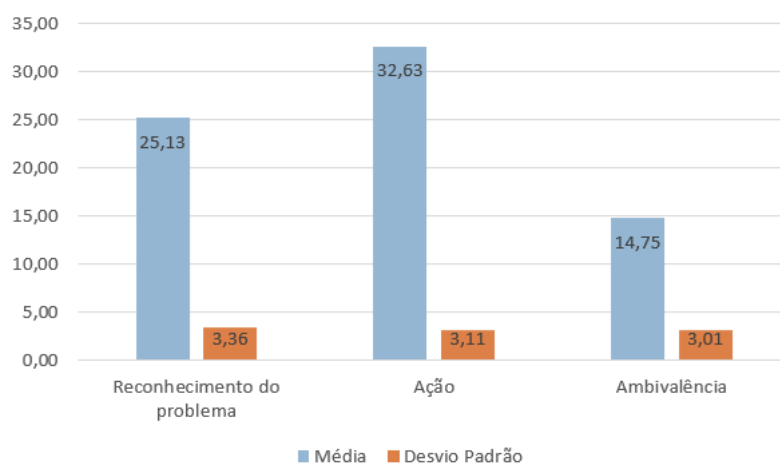


Gráfico 1- Resultado da escala SOCRATES 8D antes da intervenção no contexto de respostas diferenciadas

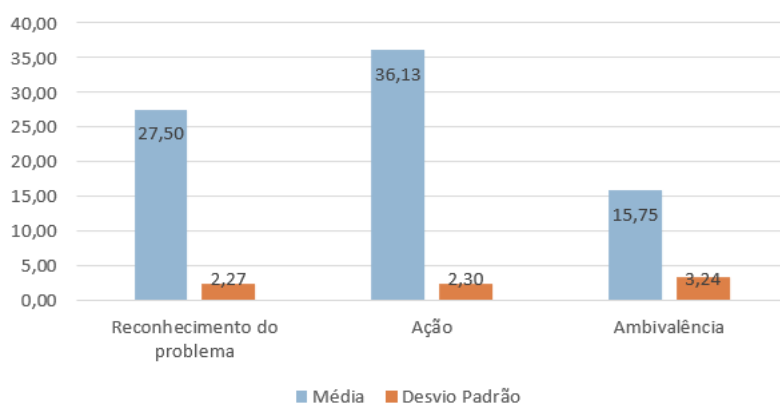


Gráfico 2 - Resultado da escala SOCRATES 8D após a intervenção no contexto de respostas diferenciadas

Comparando os dois gráficos, verificou-se um aumento da média no fator reconhecimento do problema e ação. A menor dispersão de dados demonstra uma maior consistência e, portanto, uma intervenção eficaz.

2.3 Estágio no contexto comunitário

O terceiro e último contexto onde foi realizado estágio no módulo II foi no contexto comunitário. O estágio neste contexto foi desenvolvido no período compreendido entre oito de maio de 2023 e 13 de junho de 2023. Apresento, em seguida, e à semelhança do realizado nos contextos anteriores, a caracterização do mesmo.

2.3.1 Caracterização do contexto

O estágio no contexto comunitário decorreu numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) que pertence ao agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto.

A equipa da UCC é constituída por Enfermeiros com especialidade nas diversas áreas, nomeadamente em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e uma assistente social.

A população alvo são todos os cidadãos e famílias residentes na área de abrangência da UCC referenciados pelas Unidades funcionais do ACeS, Hospital de referência e parceiros da comunidade. Os projetos desenvolvidos na área da saúde mental são no âmbito do projeto literacia em saúde. Este programa tem como finalidade obter ganhos em saúde através da promoção da saúde mental e capacitar os cuidadores informais referenciados de conhecimentos para a mudança de atitudes e comportamentos geradores de bem-estar.

O Programa de Saúde Mental e Psiquiatria desta UCC abrange três projetos para público-alvo distintos: Projeto de Saúde Mental para utentes com patologia psiquiátrica (sendo o público alvo desta intervenção, todos os utentes referenciados pela consulta da especialidade do hospital de referência); Projeto incluir/intervir na demência (todos os utentes com demência ou défice cognitivo ligeiro), com potencial para estimulação cognitiva, bem como todos os cuidadores

informais destes doentes; e, por último o acompanhamento de todos os cuidadores de pessoas dependentes no projeto capacitar e investir no cuidador informal. Estas intervenções podem ser realizadas em meio domiciliário ou nas instalações desta unidade.

2.3.2 Do planeamento à implementação da intervenção

No contexto comunitário, e tendo em conta os projetos em vigor, foi planeado intervir junto dos cuidadores. Neste âmbito, foi definido abordar a autoeficácia do familiar cuidador.

Bandura (1979 citado por Bahls & Navolar, 2004), desenvolveu trabalhos a respeito da “aprendizagem observacional”. Este autor defende que um indivíduo aprende eficazmente a partir da observação de um comportamento realizado por outro e da sua realização posterior. Para Bandura, o modelo de autorregulação (ou de autoeficácia) está relacionado com este tipo de aprendizagem. Uma mudança voluntária de comportamento sempre será mediada pela percepção do sujeito a respeito do seu desempenho (capacidade de adquirir um dado comportamento). Assim, intervir na autoeficácia significa intervir no domínio comportamental.

Ainda em relação à percepção de autoeficácia, esta é definida como a crença que cada indivíduo tem acerca das suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho. As crenças de autoeficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Tais crenças produzem diversos efeitos através de quatro processos: cognitivo, motivacional, afetivo e decisional. Um forte sentido de autoeficácia fortalece a realização humana e aumenta o bem-estar pessoal (Bandura, 1994 como citado em Mata e Pimentel, 2010).

É um facto que, não raras vezes, os cuidadores assumem esse papel uma vez que não têm outra alternativa. É um desafio perceber qual o impacto na saúde mental que o assumir deste papel acarreta. Neste contexto, ficou definido aplicar a escala de autoeficácia do familiar cuidador (EAFC) que foi colocada em anexo (Anexo IX). Consoante o resultado obtido, seria implementada uma intervenção no sentido de dar resposta ao problema identificado. A referida escala faz uma

análise da autoeficácia em três dimensões: autoeficácia para a obtenção de uma pausa; autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar. Tendo em conta a temática central a trabalhar neste relatório se focar em problemas de domínio comportamental, foi planeado intervir através da modificação do comportamento, em cuidadores que apresentem uma baixa pontuação na dimensão de autoeficácia para a obtenção de uma pausa e autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

Foi solicitada autorização para utilização da EAFC à autora da tradução e adaptação da mesma para a população portuguesa, a qual foi concedida e a informação colocada em anexo (Anexo X).

Relativamente aos critérios de inclusão neste contexto foi definido o seguinte: pessoas com mais de 18 anos de idade; a desempenhar o papel de cuidador; pessoas com uma baixa pontuação na dimensão de autoeficácia para a obtenção de uma pausa e autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada na EAFC. Como critérios de exclusão defini: pessoas com défice auditivo e/ou visual em que se verifique incapacidade de leitura e compreensão da informação; cuidadores em situação de analfabetização; pessoas com défice cognitivo. Relativamente à avaliação do défice cognitivo, e como já referi anteriormente, irei utilizar o instrumento MoCA.

A UCC cria grupos de cuidadores e vai realizando sessões de formação ao longo do tempo, num determinado período temporal. O grupo de cuidadores, aquando da frequência deste estágio, havia iniciado as formações em fevereiro de 2023. Ou seja, o grupo já se encontrava na fase final das formações. Os contactos com os cuidadores eram de 15/15 dias por uma questão relacionada com o desempenho das suas funções e gestão familiar. As sessões planeadas eram a 22 de maio e 5 de junho. Foi perceptível, desde o início, que teria de existir um esforço e disponibilidade de deslocação do cuidador para ser possível a realização da intervenção. Tendo isso em consideração, foi necessário perceber no grupo quem beneficiaria de intervenção.

Foi necessário algum tempo para, em conjunto com a Enfermeira-tutora, perceber qual o cuidador e qual a intervenção a implementar. Foi identificada a necessidade de intervir num cuidador que apresentava alguns comportamentos desajustados, na prestação de cuidados diretos à sua esposa.

Assim, foi necessário reformular toda a intervenção planeada. À semelhança dos contextos anteriores, foi elaborado o planeamento das sessões, que coloco também em anexo (Anexo XI). Como instrumento de avaliação foi utilizado o resultado NOC (Nursing Outcomes Classification) desempenho do cuidador: cuidados diretos (Anexo XII). Na avaliação inicial, foi aplicado o instrumento MoCA tendo a pessoa obtido uma pontuação de 26 pontos. Neste primeiro momento foi também assinado o consentimento informado.

A 22 de maio teve início a intervenção. Foram realizadas um total de três sessões, sendo que não foi possível terminar a intervenção. O cuidador era bastante comunicativo e acessível. Contudo o que se verificou era que não tinha consciência dos comportamentos menos adequados que apresentava com a sua esposa, de quem era cuidador. Sempre que era abordado algum comportamento que podia melhorar, desvalorizava porque entendia que o que fazia estava bem. De salientar que a pessoa é cuidador da sua esposa, que apresenta um quadro demencial com rápido declínio funcional e cognitivo.

Foi uma dificuldade que o cuidador percebesse que a intervenção não era um momento de avaliação, de certo ou errado, mas de trabalhar comportamentos que podiam ser mais adequados. Nas sessões era necessário focar e direcionar a sessão para o objetivo, mas o cuidador facilmente abordava outro tema não relacionado com o que estava a ser trabalhado. Passadas duas sessões, o cuidador não trouxe a folha de registo de comportamentos preenchida com receio de estar mal preenchida. Foi explicado de novo o objetivo daquela folha, sendo que não houve insistência no seu preenchimento. Foi realizada tentativa de abordar algumas questões comportamentais mais desajustadas que o cuidador apresentava, como: falar alto com a esposa porque ela vira as páginas de um livro no sentido contrário ao da leitura; a esposa fica muito tempo na casa de banho e ele não a orienta; fica impaciente e nervoso com a esposa porque ela só quer estar na cama, não quer caminhar, entre outros.

Na terceira sessão, o cuidador faltou. Posteriormente, realizei outra sessão, mas sem conseguir terminar as atividades da primeira sessão. Importa refletir sobre este acontecimento.

Para Rodrigues (2021), e falando agora um pouco sobre o que leva as pessoas a desistirem da intervenção, tal acontece devido a inúmeras circunstâncias e variáveis. Entre as variáveis relacionadas com a pessoa que levam a que não tenha o resultado pretendido destacam-se: dificuldade na gestão de emoções; baixa literacia; conhecimento do problema e comorbilidades, assim como o diagnóstico.

A resistência à mudança, que melhoraria a sua condição em relação ao meio em que vive e às pessoas com quem convive, pode acontecer pela necessidade de ajuste a vários níveis, em relação a si próprio ou na relação com outras pessoas. A pessoa não é uma fonte de dificuldades e o enfermeiro por si só não é o responsável pela forma como a intervenção se desenvolve. A qualidade da relação é proporcional à compreensão que o enfermeiro tem do seu cliente, assim como à sua habilidade para lidar com os problemas (Rodrigues , 2021).

Walitzer et al. (1999 como citado em Rodrigues, 2021), aponta algumas características associadas ao abandono terapêutico tais como o isolamento social, agressividade, distúrbios psicóticos e baixa motivação.

Lhullier (2002 como citado em Rodrigues, 2021), por seu lado, refere que a descontinuidade de um tratamento está mais relacionada ao tipo de interação terapeuta-cliente do que com a técnica utilizada.

Importa concluir que a análise e reflexão sobre os fatores associados à desistência, permite prevenir a sua ocorrência no futuro. Assim, a reflexão é um meio de aprendizagem que potencia a realização de intervenções mais eficazes.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Com a elaboração do presente relatório, pretende-se demonstrar as competências adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), tal como preconizado pelo plano de estudos aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). No decorrer de todo o estágio foram adquiridas competências, quer comuns, quer específicas no âmbito da ESMP. Nos subcapítulos seguintes serão abordadas, em primeiro lugar as competências comuns adquiridas e, em segundo lugar, as competências específicas. A apresentação destas últimas será separada pelos três contextos de estágio.

3.1 Competências comuns do Enfermeiro especialista

Neste subcapítulo, e como já referi anteriormente, serão abordadas as competências comuns adquiridas nos diferentes contextos de estágio.

O Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República define o perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista. Em relação às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal importa referir que, no decorrer dos estágios, foram prestados cuidados respeitando a ética e deontologia profissional. Foi respeitado o direito das pessoas no acesso à informação, assegurada a confidencialidade e a segurança da informação. Em todos os contextos foi devidamente explicada a intervenção a ser realizada, assim como assinado o consentimento informado para a mesma no respeito pela autonomia e dignidade da pessoa. Segundo Silva in Sequeira e Sampaio (2020), o processo de consentimento informado deve manifestar-se por uma etapa de informação, reflexão, participação e decisão.

Braz & Schramm (2011), ainda em relação ao consentimento informado, referem que o mesmo pode ser visto como “instrumento da beneficência”, em que a pessoa toma livremente a decisão, depois de devidamente esclarecida acerca dos procedimentos, dos riscos, benefícios e consequências.

Relativamente à autonomia, Braz & Schramm (2011), referem que esta é definida como a capacidade de a pessoa ser agente moral e ter autodeterminação, de decidir livremente sobre a sua vida e assumir as consequências das suas decisões, desde que isso não afete terceiros. O respeito por este princípio ético implica respeitar a vontade, as crenças e os valores da pessoa.

No respeito pelas questões éticas, e no que se refere aos instrumentos de avaliação utilizados no decorrer do estágio, foi solicitada aos autores da validação dos mesmos para a população portuguesa, autorização para utilizar os mesmos.

Em relação às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida uma prática clínica garantindo um ambiente seguro e terapêutico. As intervenções foram planeadas e realizadas em locais selecionados e preparados para o efeito, garantindo assim o necessário ambiente terapêutico e seguro. Sempre que possível, e quando oportuno, foi envolvida a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades das pessoas.

Andrade (2016) refere que a preocupação e iniciativas relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é relativamente recente, contudo, a preocupação com a melhoria da qualidade relativamente aos cuidados de enfermagem surge com Florence Nightingale. Segundo Stanhope & Lancaster (2011 citado por Andrade, 2016), foi Florence Nightingale quem começou a estabelecer padrões de cuidados de enfermagem. Os padrões de cuidados e as questões de segurança, defendidos por Nightingale, eram encarados como o núcleo da garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Atualmente, são os Enfermeiros que geralmente assumem um papel ativo na avaliação e melhoria da qualidade, tanto na condição de gestores como na prestação direta de cuidados.

Tendo em consideração que os cuidados de saúde requerem o envolvimento de vários profissionais de saúde, com níveis de formação diferenciados e especializados, Ribeiro et al. (2008 citado por Andrade, 2016) defendem que a qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia em que a equipa multidisciplinar contribui para o resultado final.

Ainda em relação à qualidade dos cuidados, importa fazer referência ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021) publicado em Diário da República.

O plano tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Deve ser uma preocupação constante, e que se verifica crescente, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais importa referir que no decorrer dos estágios realizados, a experiência profissional foi uma mais-valia e facilitadora nomeadamente no estabelecimento da relação terapêutica com as pessoas. O autoconhecimento permite a identificação precoce de fatores que podem interferir na relação quer com o cliente, quer com a equipa multidisciplinar. Ainda dentro deste domínio, é importante referir que todo o planeamento e implementação das atividades realizadas o foram tendo por base a evidência científica. Os processos de tomada de decisão e as intervenções basearam-se em conhecimento válido, atual e pertinente. Num dos contextos de estágio, a escala por mim utilizada para avaliar a motivação para a mudança em relação ao comportamento aditivo, passou a ser a utilizada nesse contexto para o efeito. Foi um contributo para o conhecimento e o desenvolvimento da prática clínica especializada.

3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Em seguida, e para cada um dos contextos de estágio, serão apresentadas as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 publicado em Diário da República, a atuação do EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Esta área da especialidade trabalha

não só a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental, mas também no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na sua prática clínica, o EEESMP destaca-se pelas suas competências no domínio psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, que lhe permitem desenvolver um juízo clínico singular, distinguindo-se assim, de outras áreas de especialidade.

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

3.2.1. Contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda

Em seguida, será apresentado um quadro com a alocação entre as competências adquiridas no âmbito do EEESMP e as atividades desenvolvidas que permitiram o seu atingimento neste contexto de estágio concreto.

Competências Específicas do EEESMP	Atividades desenvolvidas
<p>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração na equipa multidisciplinar do serviço de internamento; • Adoção de uma postura de respeito e de colaboração com a equipa, de acordo com o papel de aluna; • Estabelecimento de relação terapêutica com as pessoas, estando presente nas zonas de permanência dos mesmos sempre que possível, assim como na prestação de cuidados direta. Nos turnos da manhã, no momento dos cuidados de higiene era realizada assistência e supervisão na prestação desses mesmos cuidados, incentivando a autonomia das pessoas e orientando para o cumprimento de regras e horários;

	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de uma postura profissional no contato com as pessoas, preservando a integridade do processo terapêutico; • Análise diária com a enfermeira-tutora, em relação ao discurso, linguagem verbal e não-verbal das pessoas internadas, realizando uma análise reflexiva das pessoas e da sua patologia; • Reflexão sobre as minhas ações, tomando consciência das mesmas e do seu impacto durante o processo terapêutico, no sentido de melhorar a relação terapêutica.
<p>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento e realização da entrevista clínica no sentido de realizar uma avaliação global da pessoa com uma descrição clara e completa da história de saúde e doença; • Avaliação do impacto que o consumo de álcool tem na qualidade de vida e bem-estar das pessoas com ênfase na autonomia e funcionalidade; • Identificação das necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental; • Realização da escuta ativa como intervenção que permite a partilha sobre as necessidades, inquietações e problemas por parte da pessoa.
<p>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de instrumentos de avaliação de forma a selecionar a população-alvo da intervenção, no cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para a intervenção; • Elaboração e discussão de estudo de caso, segundo a Ontologia de Enfermagem; • Realização de registos dos cuidados prestados no sistema de informação SClínico; • Aplicação da escala SOCRATES 8A posteriormente à realização das sessões de entrevista motivacional, no sentido de avaliar a eficácia da intervenção e os ganhos em saúde mental; • Apoio à pessoa no desenvolvimento de estratégias que lhe permitam desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.
<p>Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como abuso de substâncias; • Realização da intervenção psicoterapêutica da entrevista motivacional; • Participação e colaboração nas atividades desenvolvidas no serviço pelos EEESMP realizadas semanalmente; • Utilização de técnicas psicoterapêuticas facilitadoras de respostas adaptativas, como o reforço positivo e o treino de autocontrolo;

forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a pessoa a desenvolver e integrar a perturbação aditiva e os déficits por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; • Realização de sessão de psicoeducação no serviço de internamento com o tema “Saúde Mental”.
--	---

Quadro 3 – Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda para atingir as competências do EEESMP

3.2.2. Contexto de respostas diferenciadas

À semelhança do realizado no contexto anterior, e para facilitar a leitura da informação, em seguida será apresentado sob a forma de quadro, as atividades desenvolvidas no contexto de respostas diferenciadas com o objetivo de atingir as competências específicas do EEESMP.

Competências Específicas do EEESMP	Atividades desenvolvidas
<p>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevista com o enfermeiro-chefe/ enfermeiro-tutor no início do estágio, no sentido de organizar o desenvolvimento do estágio, tendo em consideração a dinâmica do contexto. As pessoas em situação de reclusão integravam diversos projetos dentro e fora do estabelecimento; • Visita às pessoas em situação de reclusão da unidade, com apresentação ao grupo; • Adoção de uma postura de respeito e de colaboração com a equipa, de acordo com o papel de aluna; • Estabelecimento de relação terapêutica com as pessoas em situação de reclusão. Visita, sempre que possível, às diferentes salas que fazem

	<p>parte da unidade, onde as pessoas realizavam diferentes atividades relacionadas com pintura, desenho, restauro de móveis, entre outras;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoção de uma postura profissional no contato com as pessoas em situação de reclusão, preservando a integridade do processo terapêutico; • Análise diária com o enfermeiro-tutor em relação ao desenvolvimento das sessões, como forma de realizar uma análise crítico-reflexiva em prol da melhoria contínua; • Reflexão sobre as minhas ações, tomando consciência das mesmas e do seu impacto durante o processo terapêutico, no sentido de melhorar a relação terapêutica.
<p>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento e realização da entrevista clínica no sentido de realizar uma avaliação global da pessoa com uma descrição clara e completa da história de saúde e doença; • Avaliação do impacto que o consumo de drogas tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa com ênfase na autonomia e funcionalidade; • Identificação das necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental; • Demonstrar empatia e disponibilidade no contacto com as pessoas em situação de reclusão.
<p>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de instrumentos de avaliação de forma a selecionar a população-alvo da intervenção, no cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para a intervenção; • Elaboração e discussão de estudo de caso, segundo a Ontologia de Enfermagem; • Aplicação da escala SOCRATES 8D posteriormente à realização das sessões de entrevista motivacional, no sentido de avaliar a eficácia da intervenção e os ganhos em saúde mental; • Apoio às pessoas em situação de reclusão no desenvolvimento de estratégias que lhe permitam desenvolver conhecimentos,

	capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de sensibilidade e habilidade na abordagem do uso de drogas; • Realização da intervenção psicoterapêutica da entrevista motivacional; • Participação e colaboração nas atividades desenvolvidas no estabelecimento prisional no âmbito da ESMP; • Utilização de técnicas psicoterapêuticas facilitadoras de respostas adaptativas, como o reforço positivo e o treino de autocontrolo; • Ajudar as pessoas em situação de reclusão a desenvolverem e integrarem a perturbação aditiva e os déficits por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.

Quadro 4 - Atividades desenvolvidas no contexto de respostas diferenciadas para atingir as competências do EEESMP

3.2.3. Contexto comunitário

Em seguida, e agora em relação às atividades desenvolvidas no contexto comunitário para o atingimento das competências específicas do EEESMP, as mesmas serão apresentadas em seguida, sob a forma de quadro.

Competências Específicas do EEESMP	Atividades desenvolvidas
<p>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de visitação domiciliária no acompanhamento de pessoas com perturbação mental; • Frequência de formação sobre prevenção da violência nos adultos nas instalações da UCC; • Frequência de sessões de parentalidade relacionadas com a Saúde Mental; • Adoção de uma postura de respeito e de colaboração com a equipa, de acordo com o papel de aluna; • Estabelecimento de relação terapêutica com as pessoas; • Adoção de uma postura profissional no contato com as pessoas, preservando a integridade do processo terapêutico; • Análise e reflexão, diariamente com a enfermeira tutora, em relação às atividades realizadas em estágio; • Reflexão sobre as minhas ações, tomando consciência das mesmas e do seu impacto durante o processo terapêutico, no sentido de melhorar a relação terapêutica.
<p>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento e realização da entrevista clínica no sentido de realizar uma avaliação global do cuidador com uma descrição clara e completa da história de saúde e doença; • Avaliação do impacto que o desempenho do papel de cuidador tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa; • Identificação das necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental; • Demonstrar empatia e disponibilidade no contacto com o cuidador e família; • Realização da escuta ativa como intervenção que permite a partilha sobre as necessidades, inquietações e problemas por parte do cuidador.
<p>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de instrumentos de avaliação de forma a seleccionar a população-alvo da intervenção, no cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para a intervenção; • Elaboração e discussão de estudo de caso, segundo a Ontologia de Enfermagem;

Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da intervenção de modificação do comportamento; • Participação e colaboração em atividades de formação/sensibilização junto de jovens com consumos de substâncias; • Participação e colaboração nas atividades desenvolvidas pela enfermeira-tutora nos Centros de dia no âmbito da estimulação cognitiva. • Utilização de técnicas psicoterapêuticas facilitadoras de respostas adaptativas, como o treino da assertividade e a escuta ativa.
---	--

Quadro 5 - Atividades desenvolvidas no contexto comunitário para atingir as competências do EEESMP

Em seguida, e depois de apresentadas as atividades realizadas em cada contexto de estágio que permitiram, direta ou indiretamente, o atingimento das competências do EEESMP, será realizada uma reflexão crítica, com base na literatura sobre o atingimento das mesmas.

Segundo Novo (2011) a competência requer uma visão abrangente do seu significado, na medida em que envolve a aquisição de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática com adequada utilização de tecnologias. Este autor vem corroborar a importância da prática baseada na evidência como forma de orientar a prática clínica no conhecimento mais atual e adequado na resposta aos problemas identificados. Previamente à realização dos estágios, assim como no decorrer dos mesmos, foi necessário aprofundar e adquirir conhecimentos no sentido de adequar os cuidados prestados às necessidades identificadas. Nem sempre foi possível implementar as intervenções planeadas o que exigiu um esforço para dar uma melhor e adequada resposta às necessidades das pessoas. Uma adaptação constante e necessária.

Phaneuf (2005) refere-se à competência em Enfermagem como algo muito complexo uma vez que supõe uma combinação de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se relacionam e são interdependentes. No decurso dos estágios foi desenvolvido um esforço de integração nos diferentes contextos como forma de facilitar o processo de aprendizagem.

Nesta perspetiva, a competência define-se por um conjunto de conhecimentos que se vão acumulando e que funcionam como recursos a mobilizar. Desenvolve-se através da experiência profissional em articulação permanente com os contextos de atuação. Durante os estágios a prática e experiência profissional constituíram uma mais-valia e foi facilitadora sobretudo ao nível do estabelecimento da relação terapêutica tão importante no domínio da intervenção na área da Saúde Mental. Considero que esse foi um ponto-chave, apesar da sua exigência mais ainda neste domínio específico, mas muito gratificante depois de atingido e de receber feedback positivo por parte das pessoas.

Segundo Sequeira in Sequeira e Sampaio (2020), a relação terapêutica remete-nos para um processo de interação entre um profissional e uma pessoa com um conjunto de características que foram desenvolvidas no sentido de construir uma relação com finalidade terapêutica. Neste seguimento, será importante referir o grande desafio que constituiu a intervenção realizada em grupo.

Amaral (2020) refere que um dos objetivos da intervenção em grupo é a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências entre os seus membros, tendo em vista a aprendizagem e descobertas mútuas. Segundo Dochterman & Bulechek (2008 como citado em Amaral, 2020) numa intervenção em grupo o ambiente de grupo proporciona a cada pessoa apoio emocional e informações relacionadas com a saúde, através da interação entre os seus membros e aplicação de técnicas psicoterapêuticas.

De facto, o estágio no decorrer do qual foi realizada intervenção em grupo - contexto clínico de respostas diferenciadas - constituiu um grande desafio mas com um balanço francamente positivo no final. Diversas foram as razões e muitas delas já explicadas pelos conceitos anteriormente referidos, mas que importa aprofundar para uma melhor compreensão. Em primeiro lugar, a inexperiência em intervir em dinâmica de grupo. O passar da abordagem individual para grupal constituiu um desafio e exigiu muito trabalho de casa. É uma intervenção com várias pessoas, cada uma com características próprias e necessidades diferentes, ainda que partilhem variáveis comuns que os fazem pertencer ao mesmo grupo. Foi gratificante o estabelecimento de uma relação terapêutica com os membros do grupo, com uma crescente à-vontade, interesse na participação na intervenção e consequentemente ganhos em saúde.

Em relação à intervenção realizada neste contexto - entrevista motivacional – Miller & Rose (2009 como citado em Barroso, 2020) refere que é essencial o envolvimento do profissional de saúde no estabelecimento de uma relação terapêutica favorável à mudança. Os autores

destacam o respeito e a empatia como condições essenciais. No final do estágio, os reclusos entregaram um postal, com mensagens escritas por eles (Anexo XIII). Foi um grande crescimento pessoal e profissional que só foi possível desenvolvendo um trabalho em conjunto, dirigido às necessidades identificadas, com os ajustes necessários para uma intervenção adequada.

No relacionamento terapêutico estabelecido com as pessoas, o enfermeiro não se deve distanciar do seu próprio eu. A relação com as pessoas depende do autoconhecimento do enfermeiro na medida em que, a sua história de vida e o relacionamento consigo próprio, afetam o cuidar em enfermagem. O que sou enquanto pessoa e enfermeira que presta cuidados a pessoas, está interligado e não pode ser omissivo.

Esperidião, Munari & Stacciarini (2002) em relação ao autoconhecimento referem que, reconhecermos o profissional como pessoa, possibilitamos a oportunidade para se reconhecer a si mesmo, como instrumento básico no cuidado, no sentido de facilitar o estabelecimento de relações mais humanizadas consigo mesmo e com os outros.

Stuart & Laraia (2001) referem que a autoconsciência é passível de ser desenvolvida se a pessoa se escutar a si mesma. Para isso é necessário que a pessoa se permita sentir emoções genuínas; identifique e aceite as necessidades pessoais e movimenta do seu corpo de modo livre, alegre e espontâneo, possibilitando assim a exploração dos seus próprios pensamentos, emoções, recordações e impulsos.

As reflexões críticas sobre as atividades desenvolvidas no estágio foram impulsionadoras do desenvolvimento de uma prática reflexiva, o que permitiu a tomada de consciência de mim própria durante a realização de intervenções de Enfermagem no âmbito da ESMP.

Acredito que não raras vezes, o Enfermeiro só é competente para cuidar, na medida que através do desenvolvimento do seu autoconhecimento, for capaz de se ajudar a si próprio, na procura do equilíbrio na sua vida pessoal e profissional.

No que se refere à elaboração de estudo de caso, Andrade et al. (2017) referem que o estudo de caso como método de pesquisa é um recurso de investigação importante e que tem sido utilizado pela enfermagem nos seus diversos campos de atuação. Foi um grande contributo a realização de um estudo de caso em cada contexto de estágio. Permitiu um conhecimento aprofundado sobre a história de saúde/ doença das pessoas de forma a conseguir identificar problemas de saúde, estabelecer um plano de cuidados e implementar intervenções.

Levett-Jones et al. (2010 citado por Herdman & Kamitsuru, 2018) refere que a base de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico. Esse raciocínio envolve o uso de um julgamento clínico para identificar os problemas de saúde, assim como assumir a responsabilidade em relação ao que precisa ser realizado.

Por último em relação à prestação de cuidados psicoterapêuticos, o atingir desta competência verifica-se pela realização de diversas intervenções psicoterapêuticas nos estágios realizados. Segundo Sampaio et al. (2014), e em relação ao modelo de intervenção psicoterapêutica, referem que este permite que os enfermeiros especialistas em ESMP realizem, efetivamente, intervenções psicoterapêuticas enquanto intervenção autónoma de Enfermagem. Na sua base terá que estar presente, necessariamente, conhecimento de Enfermagem (desenvolvido por enfermeiros), como forma de consolidar a vertente autónoma do modelo de intervenção. Assim, importa referir que o planeamento das sessões foi realizada segundo o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio et al. (2018).

Em cada contexto, e tendo em conta a limitação temporal e as condicionantes de cada um deles, foi realizado o planeamento de três sessões. Segundo Sampaio et al. (2018), o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem preconiza um número de sessões que podem variar entre 3 e 12. Contudo, importa referir que, sempre que se verificou necessário, foram realizados ajustes e alterações no sentido de prestar uma resposta sempre o mais adequada possível às necessidades das pessoas.

No que se refere ao conteúdo das sessões da intervenção da entrevista motivacional, para a elaboração do respetivo planeamento baseei-me no conteúdo do livro de Miller & Rollnick (2016). Foi com base nos quatro processos que constituem a entrevista motivacional que todo o planeamento foi desenvolvido. Ligar, focar, evocar e planear são o nome dos processos que formam o fluxo da entrevista motivacional, emergindo pela ordem descrita (Miller & Rollnick, 2016).

No contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda e no contexto de respostas diferenciadas verificou-se uma eficácia da intervenção.

Em relação à intervenção da modificação do comportamento foi utilizado como referência o conteúdo do livro de Sequeira e Sampaio (2020). A modificação de comportamento consiste em realizar uma abordagem comportamental com o objetivo de existir uma progressão positiva da pessoa que apresenta um diagnóstico de Enfermagem desta natureza.

Assim, no contexto comunitário, perante o diagnóstico de desempenho do papel de cuidador comprometido foram planeadas três sessões. Numa sessão inicial, de consciencialização da pessoa para a necessidade de mudança, sendo que não foi possível consciencializar a pessoa acerca do seu problema. Neste contexto não foi possível terminar a intervenção.

Segundo Sequeira e Sampaio in Sequeira e Sampaio (2020) existem alguns fatores determinantes para o sucesso da intervenção: variáveis inerentes à pessoa (motivação, recursos e resistência), inerentes ao meio (apoio social, etc.) e inerentes ao terapeuta (experiência, competência e valores). No caso concreto do contexto comunitário foi sentida resistência e também dificuldade de concentração durante a realização das sessões. Esse facto aliado à falta de experiência em intervenções deste âmbito, poderá ter contribuído para o insucesso da intervenção.

Segundo Norcross (1990, como citado em Sequeira e Sampaio, 2020) a intervenção psicoterapêutica é definida como a realização informada e intencional de técnicas de psicoterapia com o objetivo de assistir a pessoas na modificação positiva dos seus comportamentos, crenças, emoções e/ou características pessoais.

CONCLUSÃO

Findo este processo de grande crescimento pessoal e profissional, considero ter atingido os objetivos a que me propus com a realização deste trabalho. No processo de aquisição e desenvolvimento de competências é fundamental a capacidade de questionamento das práticas, de confronto de ideias e de debate. Algo muito presente neste estágio foi a reflexão sobre a prática de Enfermagem, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

No seguimento do anteriormente referido, é importante reforçar que a eficácia na intervenção realizada em dois contextos e o insucesso em um são motivo de reflexão. É importante para o crescimento não só profissional, mas também pessoal.

Ao longo de todo o trabalho desenvolvido considerei importante a articulação do saber-saber, saber estar, saber ser e do saber fazer para o desempenho competente do EEESMP. Foi fundamental o uso de técnicas específicas e algumas características pessoais foram facilitadoras no estabelecimento da relação terapêutica.

A seu tempo pretendo participar em algum evento científico, fazendo uma apresentação sobre a intervenção realizada no contexto de respostas diferenciadas, de forma a evidenciar os ganhos em saúde que ocorreram. Considero importante dar a conhecer os ganhos em saúde, de forma a evidenciar de forma efetiva e objetiva, a importância da continuidade e disseminação das intervenções implementadas.

Destaco ainda que, a diversidade dos contextos em que decorreram os estágios permitiu a formulação de diagnósticos de Enfermagem em domínios distintos, o que se revelou um exercício bastante enriquecedor do ponto de vista académico.

Como contributo na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi transversal em todos os contextos, o interesse que a intervenção despertou. Foi promovida a reflexão acerca da importância da prática clínica baseada na evidência, assim como a incorporação do conhecimento novo no contexto da prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. C. (2013). *Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade*. (Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67672/2/30106.pdf>
- Amaral, A. C. (2020). Um modelo de Intervenção em Grupo. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 225-227). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, C. (2016). *Ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto na qualidade dos cuidados de saúde*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/17248>
- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. (2004). *Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos*. <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos/>
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 97-101). Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Bento, M. C., Amaral, A. S., & Silva, A. P. (2021). Idosos a cuidar de idosos: um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Revista Cogitare Enfermagem*. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>
- Braz, M., & Schramm, F. R. (2011). Bioética e pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2035-2044. doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400002>
- Bridges, W. (1980). *Making Sense of Lifes Changes: Transitions: Strategies for Coping with the Difficult, Painful, and Confusing Times in Your Life*. Boston: Addison-Wesley Publishing.
- Bruijnen, C. J. (2018). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screen in addiction health care: A validation study for clinical practice. *Journal of substance use*, 47-54. doi:<https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1497102>
- Bulechek, M., Butche, K., & Dochterman, M. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Elsevier Editora Ltda.

- Cao H., H. C. (2021). The Evaluation of Cognitive Impairment in Alcohol-Dependent Patients Through RBANS Combined With ERPs. *Front. Psychiatry, 11*. doi: 10.3389/fpsyt.2020.598835
- Coombs, R. H. (2004). *Handbook of addictive disorders : a practical guide to diagnosis and treatment*. Nova York: John Wiley & Sons, Inc.
- DiClemente, C. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Esperidião, E., Munari, D. B., & Stacciarini, J. M. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Rev. Latino-am Enfermagem*, pp. 516-522.
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas Demográficas 2021*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Heirene, R. J. D. (2018). Identification and Evaluation of Neuropsychological Tools Used in the Assessment of Alcohol-Related Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Frontiers Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2018.02618
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - I: Definições e Classificação, 2018-2020*. (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice®: ICNP®. Version 2019*. Geneva: International Council of Nurses.
- Janeiro, L., & Faísca, L. (2019). *Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D*. https://www.researchgate.net/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. J. (2016). Qualidades Psicométricas da Versão Portuguesa da SOCRATES 8D numa Amostra de Heroinodependentes em Tratamento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 2*(42), 177-191. doi:10.21865/RIDEP42_179
- Kerbauy, R. R. (2002). *Comportamento e saúde: doenças e desafio*. doi:https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100002
- Lopes, L. M. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25*(1), 39-46.
- Malhadas, H., & Nabais, L. (2016). *Contributo das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção da recaída na pessoa com problemas de alcoolismo*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Mata, M. A. (2012). *Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes (Sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes)*. (Tese de doutoramento. Salamanca). https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/121208/DPSA_PereiradaMataMar%EDa_Tesis.pdf;jsessionid=60E2391A774ED796760AAA6492481EA9?sequence=1
- Mata, M. A., & Pimentel, M. H. (2010). Auto-Eficacia do Cuidador Informal de Idosos Dependentes - Estudo Preliminar de Adaptação e Validação da Escala de Auto-Eficacia do Cuidador. *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM*, pp. 280-289.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Entrevista motivacional*. Climepsi Editores.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. L. (2016). *Classificação dos resultados de Enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4). doi:<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nazem, S., Siderowf, A. D., Duda, J. E., Have, T. T., Colcher, A., Horn, S. S., . . . Weintraub, D. (2009). Montreal Cognitive Assessment Performance in Patients with Parkinson's Disease with "Normal" Global Cognition According to Mini-Mental State Examination Score. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2). doi:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02096.x>
- Novo, S. M. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *European Health Report 2018: More than numbers - evidence for all*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102

- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research & Practice.
- Ribeiro, C. (2008). Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Qual papel para os Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Lisboa.
- Rodrigues, F. A. (2021). Abandono terapêutico é o principal fator de casos refratários. *Revista Científica Cognitionis*, 4(2). doi:10.38087/2595.8801.104
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Sampaio, A. A. (2005). Skinner: Sobre Ciência e Comportamento Humano. *Psicologia ciência e profissão*, pp. 370-383.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (Abril de 2014). A intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 103-108.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(19), 77-84. doi:10.19131/rpesm.0205
- Sampaio, F., Sequeira, C., Canut, & L., T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Sequeira, C., & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 171-173). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sayão, S., & Acioly, D. A. (2020). Goffman e Butler: sobre a desumanização do criminoso. *Revista Interdisciplinar de direitos humanos*, 8(1), pp. 13-31.
- Seabra, P., & Sequeira, C. (2020). Comportamentos Aditivos e Abuso de Substâncias (Drogas, Álcool e Tabaco). In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2020). Comunicação Terapêutica. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 80-83). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2022). Papel diferenciador dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Jornal de Notícias*.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Modificação do comportamento. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 193-195). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos*. Lisboa: Loures Gráfica.

- Silva, M. (2020). Questões Éticas em Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 38-40). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Smith, D. E., & Seymour, R. B. (2004). The Nature of Addiction. In Coombs, R. H., *Handbook of Addictive Disorders: a practical guide to diagnosis and treatment*. Nova York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sousa, L., Sequeira, C., Grau, C. F., & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 162-166). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Todorov, J. C. (2012). Sobre uma definição de comportamento. *Revista Perspectivas*, pp. 32-37.
- Wester, A. J. (2013). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a measure of severity of amnesia in patients with alcohol-related cognitive impairments and Korsakoff syndrome. *Clinical Neuropsychiatry*, pp. 134-141.
- Wyse, R. D. (2018). Motivação: Teorias Motivacionais do Comportamento Humano. *Rev. Cienc. Gerenc.*, 22(36), pp. 134-141. doi:<http://dx.doi.org/10.17921/1415-6571.2018v22n36p134-141>

ANEXOS

ANEXO I – Escala SOCRATES 8A

SOCRATES 8A

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de álcool*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
		Discordo fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de álcool.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente do álcool.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de álcool os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de álcool.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já bebi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com o álcool.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação ao álcool, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de álcool e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com o álcool.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de álcool.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de álcool.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de álcool.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com o álcool.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de álcool é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou dependente do álcool.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de álcool.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de álcool e quero ajuda para evitar consumir álcool do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de Janeiro, L., Luís, M., & Faisca, L. (2019). *Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D*.

https://www.researchgate.net/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D

ANEXO II – Autorização para utilização da escala de SOCRATES

RE: Autorização de utilização da escala SOCRATES



Luís Miguel Madeira Faisca

13/02/2023 00:26



Para: Tânia Ribeiro Cc: Luís de Brito Janeiro

Cara Tânia Ribeiro,

Os autores da versão portuguesa da escala SOCRATES, versão cuja análise psicométrica foi publicada em 2016 na RIDEP ("Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica", 42(2), 177-191), nada têm a opor à sua utilização no âmbito do seu estágio.

Luís Faisca

Não sei se precisa de uma autorização mais formal, mas penso que a SOCRATES é um instrumento do domínio público, que pode ser usado sem especial autorização, desde que os seus autores (tanto do instrumento original como das adaptações para diferentes línguas) sejam devidamente citados. Obrigado pelo seu interesse pelo nosso trabalho.

De: Tânia Ribeiro <[redacted]>

Enviada: 11 de fevereiro de 2023 10:04

Para: Luís Miguel Madeira Faisca <[redacted]>

Assunto: Autorização de utilização da escala SOCRATES

[redacted] Não costuma receber e-mail [redacted]. [Salva por que motivo isto é importante](#)

Caro professor Luís Faisca

O meu nome é Tânia Ribeiro e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito do mesmo, e fazendo parte integrante do meu relatório de estágio cujo tema é "Avaliação e intervenção no comportamento", a utilização da escala SOCRATES seria uma mais valia para avaliar a motivação para a mudança de comportamento, em doentes com perturbação aditiva.

Assim, venho por este meio questionar se autoriza o uso da escala e, em caso afirmativo, se me poderia enviar autorização por escrito.

O meu muito obrigada desde já.

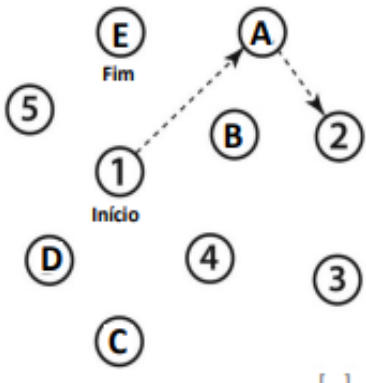
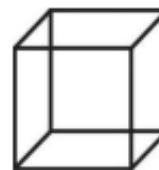

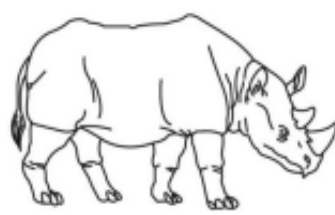
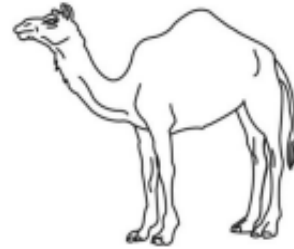
Melhores cumprimentos,

Tânia Ribeiro

ANEXO III – Instrumento MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®) Versão 8.1 Portuguese (Portugal)

Nome: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____
Género: _____ DATA DE AVALIAÇÃO: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA					Copiar o cubo	Desenhar um RELÓGIO (onze e dez) (3 pontos)	PONTUAÇÃO [] [] [] [] [] Contorno Números Ponteiros ___/5			
NOMEAÇÃO						[] [] [] ___/3				
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	SEM PONTUAÇÃO			
		1º ENSAIO	2º ENSAIO							
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto. [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. [] 7 4 2				___/2				
		Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1			
		Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.					___/3			
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala []						___/2			
		Fluência verbal / Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" [] ____ (N ≥ 11 palavras)					___/1			
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] comboio - bicicleta [] relógio - régua						___/2			
EVOCAÇÃO DIFERIDA	(IM)	Deve recordar as palavras SEM PISTAS		BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	___/5
Índice de Memória (IM)		X3		[]	[]	[]	[]	[]		
		X2	Pista de categoria							
		X1	Pista de escolha múltipla						IM = ____ / 15	
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia de semana [] Lugar [] Localidade									___/6
© Z. Nasreddine MD		www.mocatest.org		IM: /15		(Normal ≥ 26/30)			TOTAL	
Administrado por: _____		Adicionar 1 ponto se ≤ 12º ano de escolaridade		TOTAL			___/30			

ANEXO IV - Planejamento de sessões no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda



Planeamento 1ª Sessão			
Data: 01-03-2023	Hora: 15:30h	Local: Gabinete de enfermagem do serviço de internamento	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a motivação da cliente para a mudança de comportamento de abuso de álcool. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer/ fortalecer a relação terapêutica; Promover a ambivalência para a mudança de comportamento de abuso de álcool. 			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades		Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Explicar o funcionamento da sessão; Reforçar importância da participação da cliente. 		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Clarificar o motivo da intervenção; Informar sobre objetivos e expectativas da intervenção; Explorar com a cliente as vantagens percebidas da mudança do comportamento (prós) e as desvantagens (contras); Explorar e incentivar a autorreflexão sobre as afirmações da pessoa a favor da mudança – <i>conversa de mudança</i> – e os argumentos da pessoa para não mudar – <i>conversa de sustentação</i>; 		30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o resumo da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (03-03-2023); Despedida e separação física. 		10 minutos



Planeamento 2ª Sessão			
Data: 03-03-2023	Hora: 15:30h	Local: Gabinete de enfermagem do serviço de internamento	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a motivação da cliente para a mudança de comportamento de abuso de álcool. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a clarificação das condições necessárias para a mudança comportamental de abuso de álcool. Incentivar a verbalização dos argumentos a favor da mudança. 			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades		Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior. 		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e manter a direção na conversa de mudança; Explorar com a cliente o motivo para a mudança de comportamento; Explorar com a cliente como pretende conseguir realizar essa mudança com sucesso e quais as razões para o fazer; Explorar com a cliente a importância que atribui à mudança de comportamento e o porquê. 		30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a síntese da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (06-03-2023); Despedida e separação física. 		10 minutos

ANEXO IV - Planeamento de sessões no contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação clínica aguda (continuação)



Planeamento 3ª Sessão

Data: 06-03-2023	Hora: 10:00h	Local: Gabinete de enfermagem do serviço de internamento	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivos gerais			
<ul style="list-style-type: none">Aumentar a motivação da cliente para a mudança de comportamento de abuso de álcool.			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none">Estimular e fortalecer a conversa sobre mudança.Promover a autonomia e autoeficácia da cliente na tomada de decisão.			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e canetas.			
Fases	Atividades	Duração	
Introdução	<ul style="list-style-type: none">Preparação do setting;Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior.	5 minutos	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Explorar com a cliente acerca do quando e como mudar.Incentivar e explorar com a cliente a perceção de autoeficácia.Apoiar a cliente na elaboração de um plano específico para a ação.	30 minutos	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Realizar a síntese da sessão;Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a intervenção;Agradecimento pela participação;Despedida e separação física.	10 minutos	

ANEXO V – Consentimento informado



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)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do cliente)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na intervenção que se tenciona realizar. 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, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. A confidencialidade e o sigilo profissional de toda a informação serão assegurados ao longo de todo o processo.

Por isso, consinto que me seja realizada a intervenção proposta.

Data: ____ de _____ de 2023

Assinatura do cliente: _____

ANEXO VI - Questionário de avaliação da satisfação das pessoas



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
2022/2023

Questionário de avaliação da satisfação dos clientes

Instruções: A sua opinião relativamente a esta intervenção é muito importante. Por favor leia as seguintes afirmações e, para cada afirmação, faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação de forma a expressar a sua opinião. Coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	Considero que a intervenção foi útil.	1	2	3	4	5
2	Considero que a duração das sessões foi adequada.	1	2	3	4	5
3	Considero que as condições físicas onde ocorreram as sessões foram adequadas.	1	2	3	4	5
4	Considero ter tido benefícios com esta intervenção.	1	2	3	4	5
5	Estou satisfeito com o resultado desta intervenção.	1	2	3	4	5
6	Recomendaria a intervenção a um familiar ou amigo.	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela colaboração.

ANEXO VII – Escala SOCRATES 8D

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
		Discordo fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de Janeiro, L., Luís, M., & Faisca, L. (2019). *Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D*.

https://www.researchgate.net/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D

ANEXO VIII – Planejamento de sessões no contexto de respostas diferenciadas



Planeamento 1ª Sessão			
Data: 14-04-2023	Hora: 11:00h	Local: Sala de atividades da unidade	Duração: 45-60 minutos
Cliente: Grupo de reclusos		Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)	
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a motivação da cliente para a mudança de comportamento de abuso de drogas. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer/ fortalecer a relação terapêutica; Promover a ambivalência para a mudança de comportamento de abuso de drogas. 			
Recursos: Mesas, cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades	Método	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Explicar o funcionamento da sessão; Reforçar importância da participação do grupo. 	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Clarificar o motivo da intervenção; Informar sobre objetivos e expectativas da intervenção; Explorar com o grupo as vantagens percebidas da mudança do comportamento (prós) e as desvantagens (contras); Explorar e incentivar a autorreflexão sobre as afirmações das pessoas a favor da mudança – <i>conversa de mudança</i> e os argumentos da pessoa para não mudar – <i>conversa de sustentação</i>; 	Interativo/ Interrogativo	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o resumo da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (19-04-2023); Despedida e separação física. 	Expositivo/ Interrogativo	10 minutos



Planeamento 2ª Sessão			
Data: 19-04-2023	Hora: 15:00h	Local: Sala de atividades da unidade	Duração: 45-60 minutos
Cliente: Grupo de reclusos		Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)	
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a motivação das pessoas para a mudança de comportamento de abuso de drogas. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a clarificação das condições necessárias para a mudança comportamental de abuso de drogas. Incentivar a verbalização dos argumentos a favor da mudança. 			
Recursos: Mesas, cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades	Método	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior. 	Interativo/ Interrogativo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver e manter a direção na conversa de mudança; Explorar com o grupo o motivo para a mudança de comportamento; Explorar com o grupo como pretendem conseguir realizar essa mudança com sucesso e quais as razões para o fazerem; Explorar com o grupo a importância que atribuem à mudança de comportamento e o porquê. 	Interativo/ Interrogativo	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a síntese da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (24-04-2023); Despedida e separação física. 	Expositivo/ Interrogativo	10 minutos

ANEXO VIII – Planeamento de sessões no contexto de respostas diferenciadas (continuação)



Planeamento 3ª Sessão			
Data: 24-04-2023	Hora: 11:00h	Local: Sala de atividades da unidade	Duração: 45-60 minutos
Cliente: Grupo de reclusos	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivos gerais			
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a motivação do grupo para a mudança de comportamento de abuso de drogas. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Estimular e fortalecer a conversa sobre mudança. Promover a autonomia e autoeficácia das pessoas na tomada de decisão. 			
Recursos: Mesas, cadeiras, papel e canetas.			
Fases	Atividades	Método	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior. 	Interativo/ Interrogativo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Explorar com o grupo acerca do quando e como mudar. Incentivar e explorar com as pessoas a perceção de autoeficácia. Apoiar as pessoas na elaboração de um plano específico para a ação. 	Interativo/ Interrogativo	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a síntese da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a intervenção; Agradecimento pela participação; Despedida e separação física. 	Expositivo/ Interrogativo	10 minutos

ANEXO IX – Escala de autoeficácia do cuidador

A - ESCALA DE AUTO – EFICÁCIA DO CUIDADOR

Apresentamos agora uma escala que pretende avaliar a sua capacidade de enfrentar aspectos relacionados com a sua função de cuidador. Pedimos-lhe assim, que face a cada questão, assinale a opção que mais se adequa à sua situação

<u>Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa</u>		Nada capaz	Pouco capaz	Moderadamente capaz	Bastante capaz	Completamente capaz
		0	1	2	3	4
Questão: Em que medida se sente capaz de:						
1	pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
2	pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
3	pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
4	pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
5	pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?					
6	pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?					
7	pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
8	pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
9	pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
10	pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
<u>Auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada</u>		0	1	2	3	4
11	Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?					
12	Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?					
13	Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)					
14	Se o seu familiar lhe o insulta, em que medida será capaz de lhe responder-lhe sem elevar a voz?					
15	Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejecções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?					
16	Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?					
<u>Auto – eficácia para a controlar pensamentos negativos acerca do acto de cuidar</u>		0	1	2	3	4
Questão: Em que medida seria capaz de controlar						
17	ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?					
18	ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?					
19	ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?					
20	ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar					
21	ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar					
22	sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar					

Fonte: Mata, 2012

ANEXO X – Autorização para utilização da escala de autoeficácia do cuidador

Re: Autorização utilização escala autoeficácia do cuidador



Augusta Mata <[redacted]>

16:43



Para: Tânia Ribeiro

Cara Tânia:

É com todo o gosto que autorizo a utilização da escala de autoeficácia do cuidador. Como lhe referi anteriormente, a escala que lhe enviei traduz a adaptação que efetuei à escala original: **The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy** de Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A.

Sem outro assunto despeço-me, não sem antes lhe desejar os maiores êxitos tanto na sua investigação, como na sua vida pessoal e profissional.

Augusta Mata

Às 14:44 de 08/02/2023, Tânia Ribeiro escreveu:

Cara professora Augusta

O meu nome é Tânia Ribeiro e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito do mesmo, e fazendo parte integrante do meu relatório de estágio cujo tema é "Avaliação e intervenção no comportamento", a utilização da escala de autoeficácia do cuidador seria uma mais valia para avaliar a perceção de autoeficácia do familiar cuidador.

Assim, venho por este meio questionar se autoriza o uso da escala e, em caso afirmativo, se me poderia enviar autorização por escrito.

Melhores cumprimentos,

Tânia Ribeiro

ANEXO XI – Planeamento de sessões no contexto comunitário



Planeamento 1ª Sessão			
Data: 22.05.2023	Hora: 15:00	Local: Gabinete de enfermagem UCC	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar os comportamentos inerentes à prestação de cuidados. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer/ fortalecer a relação terapêutica; Promover a reflexão sobre o comportamento desajustado, nomeadamente do momento em que ocorre, assim como das suas consequências. 			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades		Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Explicar o funcionamento da sessão; Reforçar importância da participação do cliente; 		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre objetivos e expectativas face à intervenção; Identificar o comportamento que necessita de mudar (comportamento-alvo); Incentivar o cliente a identificar os prós e os contras do seu comportamento; Promover a reflexão sobre os mecanismos que levaram o cliente ao desenvolvimento do comportamento desajustado; Apoiar o cliente na elaboração de um diário de registo de comportamento; 		30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o resumo da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (29.05.2023); Despedida e separação física. 		10 minutos



Planeamento 2ª Sessão			
Data: 29.05.2023	Hora: 15:00	Local: Gabinete de enfermagem UCC	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a capacidade do cuidador para tomar conta. 			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none"> Promover a reflexão sobre estratégias adaptativas em alternativa ao comportamento desajustado. Incentivar o cliente a reavaliar o seu comportamento tomando consciência dos benefícios com a adoção de comportamentos adequados. 			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e caneta.			
Fases	Atividades		Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting; Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior. 		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Analisar as reações do cliente perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento; Planear, juntamente com o cliente, estratégias concretas que visem a modificação dos comportamentos indesejáveis. 		30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a síntese da sessão; Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a sessão; Agendamento da próxima sessão (05.06.2023); Despedida e separação física. 		10 minutos

ANEXO XI – Planeamento de sessões no contexto comunitário (continuação)



Planeamento 3ª Sessão			
Data: 05.06.2023	Hora: 15:00	Local: Gabinete de enfermagem UCC	Duração: 45-60 minutos
Cliente: X	Realizado por: Enfermeira Tânia Ribeiro (aluna MESMP)		
Objetivo geral			
<ul style="list-style-type: none">Melhorar a capacidade do cuidador para tomar conta.			
Objetivos específicos			
<ul style="list-style-type: none">Estimular e fortalecer a importância da mudança comportamental.Promover a autonomia do cliente na tomada de decisão de comportamento adequado.			
Recursos: Mesa, três cadeiras, papel e canetas.			
Fases	Atividades		Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none">Preparação do setting;Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior;		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Elogiar os esforços de autocontrolo que o cliente desenvolveu e que o levaram a apresentar um comportamento mais adequado;Reforçar a importância do planeamento individual na modificação do comportamento;Abordar alternativas de resposta que o cliente pode utilizar no futuro, como recurso, para dar resposta às necessidades da pessoa cuidada de forma adequada.		30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Realizar a síntese da sessão;Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a intervenção;Agradecimento pela participação;Despedida e separação física.		10 minutos

ANEXO XII – Resultado NOC desempenho do cuidador: cuidados diretos

Desempenho do Cuidador: Cuidados Diretos

Definição: Prestação de cuidados pessoais e de saúde adequados a um membro da família por um provedor de cuidados da família

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em _____ Aumentar para _____

		Não adequada	Ligeiramente adequada	Moderadamente adequada	Substancialmente adequada	Totalmente adequada	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
220503	Conhecimento do processo de doença	1	2	3	4	5	NA
220504	Conhecimento do regime de tratamento	1	2	3	4	5	NA
220505	Adesão ao regime de tratamento	1	2	3	4	5	NA
220516	Realização de procedimentos	1	2	3	4	5	NA
220502	Assistência ao receptor dos cuidados nas necessidades das atividades da vida diária	1	2	3	4	5	NA
220506	Assistência ao receptor dos cuidados nas necessidades instrumentais das atividades da vida diária	1	2	3	4	5	NA
220501	Oferecimento de apoio emocional ao receptor de cuidados	1	2	3	4	5	NA
220508	Vigilância da condição de saúde do receptor dos cuidados	1	2	3	4	5	NA
220509	Vigilância do comportamento do receptor dos cuidados	1	2	3	4	5	NA
220510	Antecipação de necessidades do receptor dos cuidados	1	2	3	4	5	NA
220517	Consideração positiva incondicional ao receptor dos cuidados	1	2	3	4	5	NA
220518	Competência para monitoração do próprio nível de habilidade oferecer cuidados	1	2	3	4	5	NA
220513	Confiança no desempenho das necessidades	1	2	3	4	5	NA
220515	Fornecimento de um ambiente seguro	1	2	3	4	5	NA

Domínio – Saúde Familiar (VI) **Classe** – Desempenho do Cuidador Familiar (W) 1ª edição 1997; revisada 2004, 2008

Fonte: Moorhead et al. (2016)

ANEXO XIII - Mensagens escritas pelos reclusos

A primeira coisa que eu aprendi nesta casa foi a honestidade e a chave de seguir a partilha e depois é só deixar acontecer. O meu muito obrigado Sr^a ENF. TÂNIA.

Agradeço à Sra. Enf. Tânia por estes ensinamentos importantes que me vão ser úteis para uma vida lá fora. Deixo-lhe tudo na Bomba.

Desde já o meu muito obrigado pela sua disponibilidade, atenção, carinho e profissionalismo. Foram momentos de aprendizagem e evolução. Resta desejar as maiores felicidades.

O meu muito obrigado por esta oportunidade de aprender mais um bocado consigo.

Comigo aprecio a crescer como pessoa!.. Faltam-me ainda algumas coisas para tocar a sua família o muito obrigada.

Vai ficar o ensinamento dado por si!
Muito obrigada por estes momentos.

"GRATIDÃO" - É A PALAVRA QUE LHE DEIXO, PARA LHE AGRADECER PELO CONHECIMENTO E MOTIVAÇÃO QUE NAS TROUXE, MAS SOBRETUDO PELA FORÇA E O RESPEITO COM QUE NAS TIRAROU!... Muito sucesso "MOTIVARIE - ABRIL 2023"

O meu crescimento interior, provém e muito dos ensinamentos de pessoas incríveis, como é o caso da Sra. Enf. Tânia. Obrigada pela sua criação.

Obrigada pelo seu apoio e contributo a este grupo e assim desejo-lhe sucesso e muitas felicidades para a sua vida.

Sra. Enf. Tânia, manifesto desta forma um grande obrigado pelo trabalho que fez em prol do nosso melhoramento pessoal e também a dedicação que teve no mesmo.

Obrigada Sra. Enf. Tânia! consigo eu aprendi um pouco mais. Desejo-lhe muita sorte e saúde na sua vida.